



AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 03 avril 2013

par

Sekinat AGORO

Née le 04/03/1989

**Les issues maternelles et néonatales lors de
l'accouchement en Ile de France et en
Afrique chez les femmes qui ont subi des
mutilations sexuelles féminines.**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme FUCHET Dominique Sage-femme libérale et présidente de GAMS Champagne-Ardenne.

CO DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme DUQUENOIS Sylvie Sage-femme enseignante, école de sage-femme Baudelocque.

JURY :

M. le Pr. CABROL Dominique

Directeur technique et d'enseignement ESF Baudelocque

Mme CHANTRY Anne

Sage-femme enseignante et représentante de l'ESF Baudelocque

Mme BAUNOT Nathalie

Sage-femme coordinatrice, Réseau Périnatal Paris Nord

Mme DELESPINE Mathilde

Sage-femme

Mme DUQUENOIS Sylvie

Sage-femme enseignante à l'école de S-F Baudelocque

N° du mémoire : 2013PA05MA01

Remerciements

Je remercie,

Madame Dominique FUCHET pour avoir dirigé ce travail, sa disponibilité et son soutien.

Madame Sylvie DUQUENOIS pour la guidance de ce travail, sa patience, son soutien et son aide.

Madame Isabelle PHARISIEN pour son aide précieuse et son soutien tout au long de ce travail.

Les membres du GAMS pour leur accueil.

L'ensemble de l'équipe pédagogique pour leur enseignement tout au long de mes études.

Le professeur Dominique CABROL et Madame Corinne RUDELLE.

Mes amies pour leur présence, soutien et amitié tout au long de nos études.

Ma famille pour leur soutien, encouragement, compréhension et d'avoir cru en moi, en particulier ma mère, mon fiancé et mes sœurs.

Table des matières

Liste des tableaux	I
Liste des figures.....	II
Liste des annexes	III
Lexique	IV
Introduction	1
Première partie Cadre conceptuel	3
1.1 Définition.	3
1.2 <i>Classification.</i>	3
1.2.1 Anatomie d'un périnée.	3
1.2.2 Les MSF du type I.	4
1.2.3 Les MSF type II.	4
1.2.4 Les MSF de type III.	5
1.2.5 Les MSF du type IV.	5
1.3 <i>Les données épidémiologiques.</i>	6
1.3.1 Dans le monde.	6
1.3.2 En France.	6
1.4 <i>Le cadre anthropologique.</i>	7
1.5 <i>Les complications.</i>	8
1.5.1 Les complications immédiates.	8
1.5.2 Les complications à court terme.	9
1.5.3 Les complications à long terme.	9
1.5.5 Les complications pendant la grossesse.	10
1.5.6 Les complications péri-partum.	10
1.5.6.1 Per-partum.	10
1.5.6.2 Post-partum.	11
1.5.7 Les complications psychologiques.	12
1.5.8 Les complications sur la sexualité.	12
1.6 <i>Le cadre législatif et éthique.</i>	13
1.6.1 Le cadre éthique.	13
1.6.2 Le cadre législatif.	14
1.6.2.1 Dans le monde.	14
1.6.2.2 En France.	15
1.7 <i>La prise en charge.</i>	16
1.7.1 La chirurgie réparatrice.	16
1.7.2 Les organismes qui luttent contre les MSF dans le monde et en France.	17

Deuxième partie L'étude.....	18
2.1 Problématique.....	18
2.2 Les hypothèses.....	19
2.3 Les objectifs.....	19
2.4 La méthodologie.....	20
2.4.1 Outil et la description de la population de l'étude.....	20
2.4.2 Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	22
2.4.2.1 L'étude menée en Ile de France.....	22
2.4.2.2 L'étude de l'enquête nationale périnatale.....	22
2.4.2.3 L'étude de l'OMS.....	22
2.4.2.4 L'étude de MILLOGO-TRAORE.F et al.....	23
2.5 Les résultats.....	24
2.5.1 Les caractéristiques de la population de l'étude.....	24
2.5.1.1 L'âge de la population de l'étude.....	25
2.5.1.2 La parité des femmes de l'étude.....	25
2.5.1.3 Les différents types de MSF.....	26
2.5.1.4 Les origines de la population.....	26
2.5.2 Les événements obstétricaux.....	28
2.5.2.1 Les événements obstétricaux de femmes du groupe 1 et de l'ENP.....	28
2.5.2.2 Les complications obstétricales de la population.....	30
2.5.3 Les données de nouveau-nés.....	31
2.5.3.1 Les caractéristiques de nouveau-nés des femmes du groupe 1 et du groupe de l'ENP.....	31
2.5.3.2 Les complications néonatales.....	32
Troisième partie Discussion	34
3.1 Analyse de l'étude.....	34
3.1.1 Les limites de l'étude.....	34
3.1.2 Les forces de l'étude.....	35
3.2 Une prise en charge spécifique.....	35
3.3 L'impact du lieu d'accouchement sur les complications maternelles liées aux MSF.....	38
3.4 L'impact du lieu d'accouchement sur les complications néonatales de nouveau-nés de femmes mutilées.....	40
3.5 Les propositions.....	41
3.5.1 En dehors de la grossesse.....	41
3.5.2 Pendant la grossesse.....	41
3.5.3 En péri-partum.....	42
3.5.4 Prise en charge sociale.....	42
3.6 Le rôle de la sage-femme.....	43

Conclusion	45
Bibliographie.....	47
Annexes	52

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les différents aspects de complications de MSF. [20].....	13
Tableau 2 : Les caractéristiques des différentes populations étudiées.	24
Tableau 3 : L'origine des femmes du groupe 2.	27
Tableau 4 : Les événements obstétricaux chez les femmes du groupe 1 et celles de l'ENP.	28
Tableau 5 : Comparaison de la voie d'accouchement chez les femmes du groupe 1 et celles de l'ENP.....	29
Tableau 6 : Les événements obstétricaux chez les femmes du groupe 1, groupe 2 et groupe 3.....	30
Tableau 7: Les caractéristiques de nouveau-nés de femmes du groupe 1 e de l'ENP.....	31
Tableau 8: Les complications néonatales des nouveau-nés des femmes du groupe 1 et de l'ENP.	32
Tableau 9 : Complications néonatales des nouveau-nés de femmes du groupe 1, groupe 2 et du groupe 3.	33
Tableau 10 : Les différents pays africains qui pratiquent les MSF [4].	54

Liste des figures

Figure 1 : Anatomie d'un périnée sain [29].	3
Figure 2 : Un périnée avec des MSF de type I [12, 20].....	4
Figure 3 : Un périnée avec des MSF de type II [12, 20].	4
Figure 4 : Les MSF type III [12, 20]	5
Figure 5 : Les MSF de type III. [26]	5
Figure 6 : L'âge de la population étudiée.	25
Figure 7 : La parité de la population étudiée.	26
Figure 8 : La répartition de différent type de MSF chez les femmes du groupe 2 et 3.	26
Figure 9 : La carte des pays africains qui pratiquent les MSF avec sa prévalence.	53
Figure 10 : Un kyste chéloïdien [26].....	55
Figure 11 : Une rétention fœtale chez une femme infibulée [26]	55

Liste des annexes

Annexe I : Les différents pays africains qui pratiquent des MSF avec leur prévalence [20].	53
Annexe II : Les différents types de MSF pratiqués dans les différents pays africains.	54
Annexe III : Les complications de MSF.....	55
Annexe IV : L'article de MILLOGO-TRAORE.F et al : le pronostic maternel et fœtal au cours de l'accouchement chez la femme mutilée.....	56
Annexe V : L'article de l'OMS, mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains.	63

Lexique

ANAES: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

APD : Analgésie Péridurale.

ASE : Aide Sociale à l'Enfance.

CAMS : Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles.

CIAF : Comité Inter-Africain.

DOM : Département Outre Mer.

ENP: Enquête Nationale Périnatale.

GAMS: Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles.

HIV: Virus d'Immunodéficience Humaine.

HPP : Hémorragie du Post-Partum.

IDF : Ile de France.

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

MSF: Mutilation Sexuelle Féminine.

OMS : Organisation Mondiale de Santé.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

ONU : Organisations des Nations Unies

PEC : Prise en charge.

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

RU: Révision Utérine

WHO: World Health Organization.

Introduction

Le nombre de filles et de jeunes femmes ayant subi des mutilations sexuelles féminines dans le monde est estimé à 140 millions. Cette pratique très ancienne est enracinée dans les mœurs des ethnies la réalisant. Or, les mutilations sexuelles féminines (MSF) violent les droits fondamentaux de la déclaration des droits de l'Homme et ont un impact négatif sur la santé des femmes. En effet, elles entraînent de nombreuses complications dangereuses lors des différentes périodes de la vie des victimes et notamment au moment de l'accouchement. Or, pendant cet évènement qui est inhérent à la condition féminine, les MSF provoquent des complications obstétricales et augmentent le risque de mortalité maternelle et néonatale.

Les mutilations sexuelles féminines sont souvent pratiquées sur le continent africain notamment dans la région sub-saharienne selon les ethnies et chez certaines ethnies dans le reste du monde. Or, du fait de la migration et de l'asile politique, les femmes mutilées se rencontrent dorénavant dans la plupart des pays du monde et notamment en France.

Lors de mes stages en maternité au cours des études de sage-femme, la rencontre avec des femmes excisées en consultation prénatale a soulevé des questions sur le déroulement de l'accouchement de ces patientes. En effet, je me suis demandée si elles présenteraient des complications obstétricales spécifiques et nécessiteraient une prise en charge différentes par rapport à des femmes non mutilées. Par ailleurs, je me suis également interrogée sur l'influence du lieu d'accouchement de ces femmes mutilées sur l'apparition de ces complications.

Notre étude a pour but de connaître les complications obstétricales dans cette population afin de pouvoir les prévenir en tant que future sage-femme et ainsi de participer à l'objectif millénaire fixé par l'organisation des Nations Unies. Celui-ci prévoit de réduire le taux de mortalité maternelle de 75% entre l'année 2000 et 2015. Nous nous sommes posé la question de l'issue maternelle et néonatale lors de l'accouchement en France et en Afrique d'une femme mutilée.

Dans une première partie, nous définirons et développerons les différents aspects des mutilations sexuelles féminines puis évoquerons les différentes complications de cette pratique notamment celles liées à l'accouchement.

Dans une deuxième partie, nous comparerons notre étude réalisée dans une maternité d'Ile de France qui reçoit un nombre important de femmes mutilées pour l'accouchement, d'une part à l'enquête nationale périnatale française et d'autre part à des études réalisées sur les femmes mutilées qui ont accouché en Afrique.

Enfin, dans une troisième partie, après l'analyse de nos résultats, nous proposerons des prises en charge de la grossesse et de l'accouchement de ces patientes puis nous définirons le rôle de la sage-femme dans ce cadre.

Première partie

Cadre conceptuel

1.1 Définition.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les mutilations sexuelles féminines (MSF) qui peuvent être appelées aussi « circoncision féminine » ou « Excision », concernent toutes les interventions qui incluent une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou une lésion des organes génitaux féminins. Elles sont pratiquées pour des raisons culturelles, religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique.

L'OMS regroupe ces mutilations sexuelles féminines en quatre grands types (1).

1.2 Classification.

1.2.1 Anatomie d'un périnée.

Il est important de rappeler l'anatomie d'un périnée sain, afin de pouvoir comprendre les effets néfastes des mutilations sexuelles féminines.

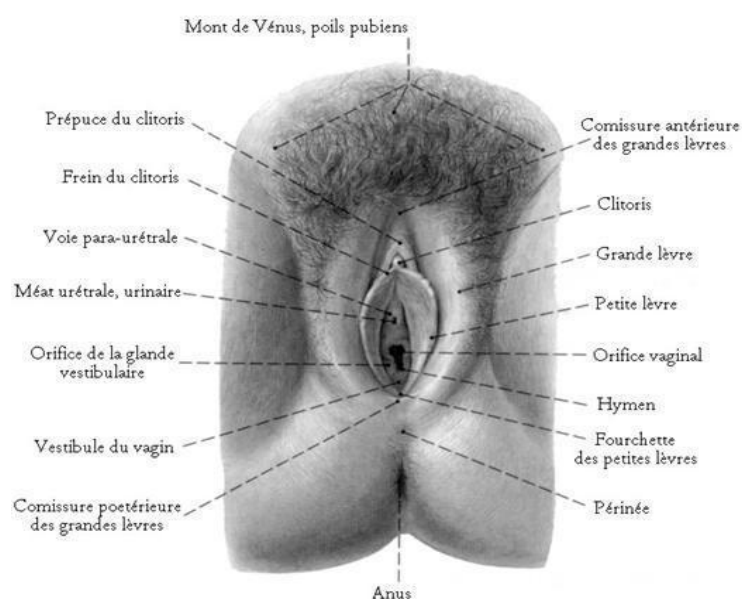


Figure 1 : Anatomie d'un périnée sain [29].

1.2.2 Les MSF du type I.

Le type I correspond à une excision du prépuce du clitoris, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris (1).

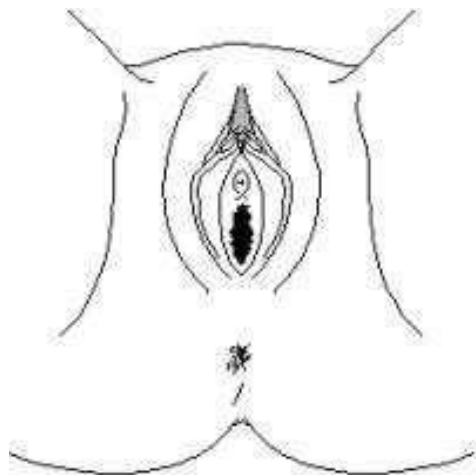


Figure 2 : Un périnée avec des MSF de type I [12, 20].

1.2.3 Les MSF type II.

Le type II correspond à une excision du clitoris, avec une excision partielle ou totale des petites lèvres. Le type II est la forme la plus fréquente, elle représente 80% des mutilations sexuelles féminines réalisées dans le monde.

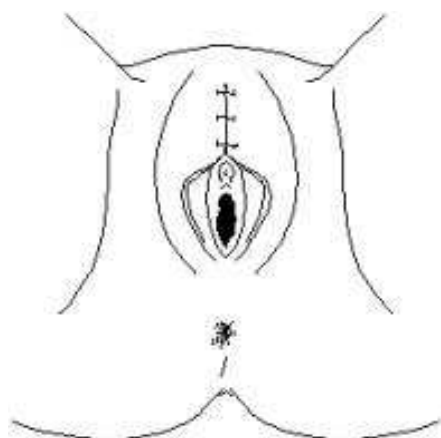


Figure 3 : Un périnée avec des MSF de type II [12, 20].

1.2.4 Les MSF de type III.

Le type III correspond à une ablation et un accolement des petites et /ou des grandes lèvres pour entrainer un rétrécissement de l'orifice vaginal ce que nous appelons une infibulation (1).

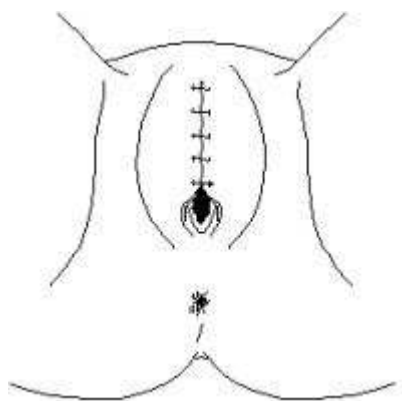


Figure 4 : Les MSF type III [12, 20]



Figure 5 : Les MSF de type III. [26]

1.2.5 Les MSF du type IV.

Le type IV correspond à toute autre intervention nocive pratiquée sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation (1).

Les mutilations sexuelles féminines sont des interventions qui altèrent ou lèsent intentionnellement les organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales. Ces pratiques n'apportent aucun avantage pour la santé des jeunes filles et des femmes, en plus elles peuvent entraîner des complications à court et à long terme. Nous développerons plus loin les conséquences que ces pratiques peuvent avoir lors de l'accouchement.

1.3 Les données épidémiologiques.

1.3.1 Dans le monde.

Actuellement, il est estimé à environ 140 millions le nombre de jeunes filles et de femmes qui ont subi une mutilation sexuelle dans le monde (1, 2, 3).

Cette pratique est réalisée partout dans le monde mais plus particulièrement chez la plupart des filles et jeunes femmes qui vivent à l'ouest, l'est et au nord du continent Africain et dans certaines ethnies de différentes parties du monde (1, 2, 3). Voir annexe I et II.

Les MSF sont fortement pratiquées sur le continent Africain, plus de 3 millions de filles sont à risque de MSF chaque année uniquement sur le continent africain soit environ 6000 filles par jour. Pourtant, les pays occidentaux rencontrent de plus en plus de MSF du fait de l'augmentation de migration et de l'asile de la population africaine et d'autres ethnies concernées par la pratique (1, 27).

La France, étant un pays de destination d'immigration de plusieurs pays francophones africains, rencontre une concentration de la population de femmes mutilées de plus en plus importante (6).

1.3.2 En France.

Selon les données de l'Insee de 2004, le nombre de femmes adultes excisées en France était estimé à environ 53 000. Ce constat pose deux problèmes de santé publique : la prévention de l'excision des jeunes filles et des filles puis la prise en charge des femmes mutilées.

Les femmes mutilées résidant en France sont essentiellement présentes dans les régions suivantes : Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-D'azur, Rhône-Alpes, Haute-

Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Poitou-Charentes, Champagne-Ardenne, Picardie, Pays de la Loire (4).

1.4 Le cadre anthropologique.

Les mutilations sexuelles féminines sont le produit de divers facteurs culturels, religieux et sociaux au sein des familles et des communautés (2, 15, 20, 26, 33). Dans certaines communautés les MSF sont considérées comme une partie d'éducation nécessaire à une jeune fille pour sa préparation à l'âge adulte et au mariage. Cela serait une étape nécessaire à la construction de l'identité culturelle des filles et des femmes ainsi qu'une étape leur permettant d'établir un lien d'appartenance à la communauté. Les MSF sont aussi considérées comme garante d'un comportement sexuel approprié car elles réduiraient la libido féminine ce qui permettrait à la fille de résister à des actes sexuels illicites donc de préserver sa virginité jusqu'au mariage et d'assurer une fidélité conjugale.

Pour d'autres, la pratique des MSF est basée sur des idéaux culturels de féminité selon lesquels l'ablation du clitoris qui est considéré anatomiquement comme "masculin" ou "malpropre" rend les jeunes filles "propres" et "belles" (2, 15, 20, 26, 33).

Certains praticiens croyants pensent que l'acte a un fondement religieux mais il n'existe aucun texte religieux qui le prescrive. De plus, les MSF étaient pratiquées en Afrique bien avant l'arrivée des religions monothéistes. En réalité, le principal facteur du risque de MSF est l'appartenance à une ethnie qui réalise cette pratique et non la religion particulière (2, 6, 15, 17, 20).

Dans le cas d'une convention sociale, la pression sociale est telle qu'elle incite à être conforme aux normes de la société ce qui constitue une forte motivation pour perpétuer cette pratique même si certains s'y opposent (1, 2, 15). Cette pratique témoigne de l'inégalité entre les sexes profondément enracinée dans les structures sociales, économiques et politiques de société qui les réalisent (1)

Les MSF sont presque toujours pratiquées sur des mineures, le plus souvent sur des jeunes filles avant l'âge de 15 ans. La diversité des pratiques dans différentes ethnies soulève des questions sur le fondement de la pratique.

Ces pratiques n'ont aucun intérêt pour la santé des jeunes filles et des femmes. De plus, elles peuvent provoquer de complications graves immédiatement après le geste, à court et à long terme.

1.5 Les complications.

Les MSF peuvent provoquer des morbidités, voire une mortalité chez certaines victimes, à différentes périodes de leur vie.

Les complications citées ne sont pas exhaustives, mais elles permettent de comprendre les répercussions médicales néfastes des MSF sur les victimes (4).

Les complications diffèrent en fonction de plusieurs paramètres et d'une femme à l'autre. Elles dépendent des conditions d'hygiène, le type et de l'état de l'instrument utilisé ainsi que du genre de mutilation. Dans le cas de MSF de type III, les complications sont plus graves pour la santé du fait de son étendue et du rapprochement des berges de grandes lèvres ce qui réduit l'orifice vaginal. Toutefois, tous les types de MSF peuvent avoir des conséquences dramatiques (4).

En effet, la faible médicalisation des zones où sont pratiquées ces mutilations accentue la gravité des complications. Il faut noter que les informations disponibles sur ces complications sont rares dans de nombreux pays parce que ceux-ci dissimulent leur importance (8), ce qui peut expliquer la persistance de cette pratique dans certaines régions malgré les campagnes d'information et les applications juridiques.

1.5.1 Les complications immédiates.

Ce sont des complications fréquentes qui se manifestent immédiatement après le geste et dans les jours qui suivent.

Le clitoris est une zone très irriguée et innervée donc sensible, une incision de cette zone sans l'anesthésie provoque une douleur intense qui peut engendrer un choc neurologique. Une section de l'artère clitoridienne et/ou de l'artère pudendale provoque une hémorragie importante. Si celle-ci n'est pas contrôlée, elle peut provoquer un état de choc hypovolémique et entraîner la mort de la victime de MSF (2, 4, 7, 8, 10, 11, 16, 20, 33, 35).

Une rétention des urines est très fréquente, elle est due soit à un reflexe afin de limiter la douleur provoquée par l'écoulement dans urines sur la plaie, soit à une lésion du méat urinaire (2, 4, 7,10, 11, 15, 16, 20, 33, 35).

Une autre complication fréquente est l'infection qui peut être soit localisée à l'appareil génito-urinaire, soit généralisée. Dans ce cas, la victime peut présenter une septicémie sévère qui entraînera dans certains cas son décès (4, 7,10, 16, 20).

Enfin, il est décrit des fractures des fémurs et/ou de clavicules dues au maintien forcé de la fille agitée (4, 8, 20).

1.5.2 Les complications à court terme.

Il existe un risque de contamination par les virus d'immunodéficience humaine (HIV), du Tétanos et des hépatites B et C en raison de l'utilisation d'une même lame ou d'un même rasoir pour plusieurs victimes, ainsi qu'un risque d'anémie résultant d'une hémorragie liée au geste des MSF (6,8, 10, 11,15, 16, 20).

1.5.3 Les complications à long terme.

Les complications d'ordre urinaire sont des infections urinaires à répétition et une incontinence urinaire essentiellement par atteinte de l'urètre notamment une sclérose du méat et du sphincter urétral. Le risque d'apparition de ces complications est plus élevé en cas d'infibulation (2, 4, 6, 7,8, 10, 11,15, 16, 18, 19, 20, 26, 33, 35).

Les anomalies cicatricielles peuvent entraîner des chéloïdes vulvaires, des kystes dermoïdes, des abcès récidivants ou des névromes (4, 7, 8, 10, 11,15, 16, 20, 26, 33). Voir annexe II.

Elles peuvent également entraîner une pseudo-infibulation qui est due à une coalescence des petites lèvres formant un pont qui peut obturer le méat urinaire.

Les complications gynécologiques sont des ménorragies, dysménorrhées, sténoses vaginales, vaginites chroniques, endométrites chroniques, annexites, infertilités et fistules vésico-vaginale ou recto-vaginale (4, 7, 8, 18, 19, 20, 33, 35).

1.5.5 Les complications pendant la grossesse.

Les mutilations de type II et III augmentent le risque d'infections génitales basses, d'infections urinaires entraînant ainsi une augmentation du risque de fausse couche spontanée tardive, de menace d'accouchement prématuré et de rupture prématurée des membranes donc de chorioamniotite et d'infection materno-fœtale (15, 16, 17, 19, 20).

1.5.6 Les complications péri-partum.

1.5.6.1 Per-partum.

Les MSF peuvent entraîner des effets néfastes maternels et néonataux.

Elles rendent les tissus périnéaux cicatriciels et indurés entraînant ainsi une diminution de l'élasticité tissulaire ce qui augmente le risque de déchirures périnéales et d'une dystocie de descente, d'engagement et/ou de dégagement (4,10, 12, 14,15, 17, 20, 33).

L'étude de MILLOGO-TRAORE.F et al, *Le pronostic maternel et fœtal au cours de l'accouchement chez la femme mutilée* (13) montre que le degré de lésions périnéales varie en fonction de la sévérité de la MSF et que l'indication d'épisiotomie préventive diminue avec la parité chez la femme mutilée mais reste fréquente. Elle montre aussi que cette population a un risque plus important d'hémorragie du post-partum (HPP) comparée à une population non mutilée (13). Une déchirure périnéale antérieure et/ou postérieure est quasi systématique particulièrement celle en antérieure. De plus, chez cette population les déchirures périnéales peuvent être compliquées d'une épisiotomie préventive dont l'indication est large mais ne prévient pas une déchirure antérieure pouvant entraîner une fistule vésico-vaginale (7, 12, 16).

Dans le cas de MSF de type III, il est indispensable de pratiquer une désinfibulation afin de pouvoir suivre le travail et réaliser l'accouchement (1, 2, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 20). Une désinfibulation consiste en une section de la bandelette cicatricielle médiane antérieure du périnée pour permettre un accès au vagin et à l'urètre. La suture des berges est nécessaire pour l'hémostase et pour éviter une sténose cicatricielle de l'orifice vulvaire.

Si une désinfibulation n'est pas réalisée, ceci peut entraîner une dystocie mécanique qui rallonge la durée de descente du fœtus dans le bassin et de son dégagement,

augmentant ainsi d'une part le risque d'asphyxie fœtale donc de morbidité voire de mortalité néonatale et d'autre part un risque de rupture brutale de périnée et d'hémorragie chez la parturiente (2, 4, 7, 8, 10, 12, 13, 17, 20, 26). (Voir annexe II)

Par ailleurs, une rétention prolongée de la présentation fœtale au niveau vaginal peut entraîner une ischémie et nécrose tissulaire des cloisons vésico-vaginal et recto-vaginale ce qui peut entraîner des fistules vésico-vaginale et/ou recto-vaginale donc une incontinence urinaire ou rectale (12, 15, 20).

L'OMS recommande que l'acte de désinfibulation soit réalisé pendant le deuxième trimestre ou au début du travail sous anesthésie afin d'améliorer le suivi du travail.

Selon l'étude de l'OMS, *Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains* (17), les femmes qui ont subi des MSF ont un risque plus important d'épisiotomie, de césarienne, d'hémorragie du post-partum (HPP), d'un séjour prolongé pour la mère, d'avoir un nouveau-né avec une mauvaise adaptation extra-utérine qui nécessite une réanimation néonatale et de décès périnatal.

Le sur risque de ces événements obstétricaux augmente avec le degré des MSF et est généralement significatif pour les MSF de type II et III. Il est de l'ordre de 30% pour une césarienne, de 31- 84% pour une épisiotomie, de 21 -69% pour une HPP de 51- 98% pour une hospitalisation prolongée, de 28-66% pour une réanimation néonatale et de 32- 55% pour un décès périnatal.

1.5.6.2 Post-partum.

Dans le post-partum, les femmes mutilées sont plus à risque d'infection due à une mauvaise cicatrisation de déchirures et/ou de plaie (8, 15, 16, 20)

Le post-partum peut être une période de bouleversement psychologique pour la femme mutilée. En effet, la douleur liée à l'accouchement peut rappeler à la victime le traumatisme physique et psychique de l'acte qu'elle a vécu ce qui peut altérer le développement du lien mère-enfant (26).

Les MSF portent atteinte à l'intégrité des organes génitaux externes de la femme, entraînant des complications durant la grossesse et l'accouchement. Elles augmentent le risque de la morbidité et de la mortalité périnatale. La sévérité des complications est proportionnelle à celle de la mutilation.

1.5.7 Les complications psychologiques.

Les MSF étant pratiquées sur des tissus génitaux sains en l'absence de toute indication médicale peuvent entraîner de graves conséquences sur la santé physique et psychique de la femme. Les complications psychologiques sont difficiles à évaluer chez les victimes de MSF parce que cet acte est considéré comme un passage obligatoire dans la vie de la femme. Ainsi les victimes ne font pas le lien entre leur trouble psychologique et les MSF subies donc en parlent peu. C'est la rencontre avec les professionnels de santé (psychologue, acteur associatif et soignant) qui a permis de mettre en évidence cet aspect des complications (4).

D'une manière générale, la pratique de MSF est une épreuve traumatisante et douloureuse qui provoque une angoisse lors du rapport sexuel et de l'accouchement allant parfois jusqu'à un véritable état de stress post-traumatique (4, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 26). De ce fait, les femmes mutilées ont un risque plus important de dépression du post-partum et de psychose puerpérale. De plus, ces femmes se sentent différentes par rapport à celles qui ne sont pas mutilées surtout lorsqu'elles vivent dans un pays étranger, d'où l'importance d'une prise en charge psychologique pendant la grossesse et tout particulièrement en post-partum.

1.5.8 Les complications sur la sexualité.

La plupart des femmes mutilées présentent des troubles de la sexualité comme une dyspareunie, un vaginisme, une diminution du plaisir sexuel et de la libido. Ces répercussions sont difficiles à évaluer parce que la sexualité reste un sujet tabou chez la plupart des femmes mutilées (4, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 18, 20, 26). De plus, la majorité des femmes qui ayant subi des MSF serait contrainte à un mariage forcé, imposé par la famille et souvent dans un contexte de polygamie.

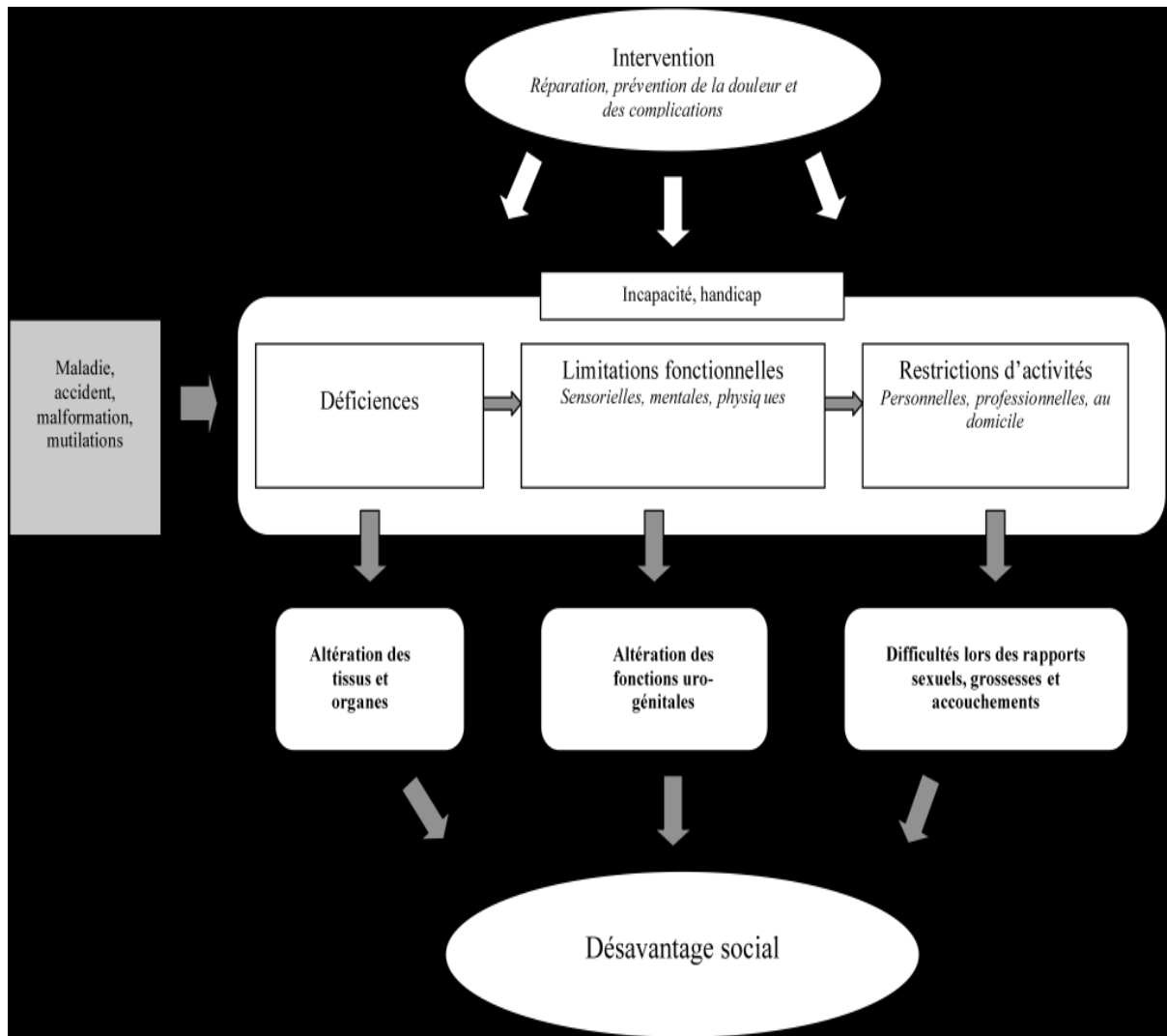


Tableau 1: Les différents aspects de complications de MSF. [20]

1.6 Le cadre législatif et éthique.

1.6.1 Le cadre éthique.

Du point de vue des droits de l'Homme, les MSF violent les droits fondamentaux des filles et des femmes ainsi que leur droit de bénéficier du meilleur état de santé physique et mental possible. Les MSF entravent également les principes d'égalité, de non-discrimination sexuelle, les droits à la santé, à la sécurité et à l'intégrité physique et le droit d'être à l'abri de la torture, de traitements dégradants et cruels ainsi que le droit à la vie lorsqu'elles ont des conséquences mortelles (1). Elles sont le reflet

d'une inégalité profondément enracinée entre les sexes et constituent une forme extrême de discrimination à l'égard des femmes (1,20).

1.6.2 Le cadre législatif.

1.6.2.1 Dans le monde.

Les nombreux organismes internationaux qui ont traité les droits de l'Homme ont mentionné les MSF dans leurs observations (1, 20, 23, 33, 35, 36). Ils ont rédigé des conventions que de nombreux pays ont adoptées en vue de dénoncer les pratiques discriminantes à l'égard des femmes et enfants notamment les MSF (1, 33, 35). Ces textes obligent les Etats à abolir les MSF mais la manière dont chaque Etat satisfait à ces obligations dépendra de ses moyens juridiques.

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, le Comité des droits de l'enfant et le Comité des droits de l'Homme ont joué un rôle actif dans la condamnation de la pratique de MSF et ont recommandé des mesures pour lutter contre celle-ci, notamment la criminalisation de la pratique (20). Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes recommande à chaque Etat de prendre des mesures appropriées et efficaces pour abolir la pratique de l'excision dans sa recommandation générale (20,35).

En 2003, l'Assemblée générale des Nations Unies a déclaré le 6 février comme la journée internationale contre les mutilations sexuelles féminines. En décembre 2012, elle a renforcé la protection des filles et des femmes contre les MSF en adoptant une résolution interdisant les mutilations sexuelles féminines dans le monde (35, 38).

En 1990, 192 pays ont signé une convention relative aux droits de l'enfant et la santé de l'enfant dans le but d'abolir les pratiques traditionnelles. En 2004, 15 des 28 pays africains pratiquant les MSF les ont officiellement interdites (20, 35)

1.6.2.2 En France.

Dans la loi française, les peines encourues pour des actes de MSF sont définies par le Code Pénal. Les MSF sont sanctionnées au titre de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente dont l'infraction est punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (article 222-9 du Code Pénal), de 15 ans de réclusion criminelle lorsque ces violences sont commises sur une mineure de moins quinze ans (article 222-10 du Code Pénal) (20, 23, 33, 35, 36).

L'article 222-8 prévoit 20 ans de réclusion criminelle si la mutilation est commise sur une mineure de moins de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur la mineure. La loi du 4 avril 2006 a renforcé la protection des jeunes filles vis-à-vis des MSF avec l'article 222-16-2 du Code Pénal et par dérogation de l'article 113-7, qui stipule que la loi française s'applique aussi lorsque les MSF sont commises à l'étranger sur une victime de nationalité française ou résidant habituellement en France. Dans ce cas, les auteurs de cet acte sont poursuivis par la justice française qu'ils soient français ou étrangers (20, 23, 33, 35, 36).

Dans le cadre de la protection de l'enfance un lever du secret médical est autorisé. Dans ce cas, un professionnel de santé ou un simple citoyen ayant connaissance d'une menace imminente de MSF pesant sur une fille, a l'obligation de le signaler aux autorités administratives responsables qui sont soit le procureur de la république du Tribunal de Grande Instance du lieu de résidence de l'enfant, soit les services médico-sociaux notamment le service départemental de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou le service départemental de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Dans le cas contraire, cette personne peut être poursuivie pour non-assistance à personne en danger selon l'article 223-6 : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate (...), soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, et s'abstient volontairement de le faire, est puni de cinq ans d'emprisonnement, et de 75 000 Euros d'amende » (20, 23, 33, 35).

Par ailleurs, le délai de prescription en matière d'action publique stipule qu'une poursuite en justice peut être engagée jusqu'à 20 ans après la majorité de la victime mutilée c'est-à-dire jusqu'à ses 38 ans (20,23, 33, 35).

1.7 La prise en charge.

En cas de troubles mictionnels et/ou sexuels liés à une infibulation ou en cas de kystes épidermiques, de névromes cicatriciels ou si la femme mutilée désire une réparation clitoridienne, une prise en charge chirurgicale est envisageable (25).

1.7.1 La chirurgie réparatrice.

La première demande des femmes mutilées est de redevenir une femme «normale», voire une femme «entière». Quand une femme mutilée demande une réparation clitoridienne, c'est une revendication identitaire avant d'être une revendication sexuelle (15, 25).

Cette intervention consiste à enlever la cicatrice de la mutilation et à découvrir le clitoris. En effet, le clitoris mesure 10 cm de longueur et la mutilation n'est pratiquée que sur la partie externe, il reste donc toujours un bourgeon. Le but de l'intervention est de repositionner le clitoris. Après l'intervention, une peau naturelle va se développer tout autour et rendre l'organe sensible et excitable lors des rapports sexuels. La cicatrisation se fait au bout de quatre semaines et les rapports peuvent être repris au bout de six semaines environ (15, 25).

L'intervention en elle-même dure trente minutes à une heure et peut se réaliser sous anesthésie générale ou sous une rachianesthésie. Le temps d'hospitalisation est de d'un à deux jours ce qui peut être un avantage pour des femmes qui veulent la discrétion (15, 20, 25).

Toute forme de MSF est opérable et il n'y a pas d'âge limite pour l'intervention. Par contre, les résultats ne seront visibles que six à douze mois post intervention. Elle est prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale ou par l'Aide Médicale d'Etat, depuis 2003. Mais, il est important d'informer la patiente que cette reconstruction ne garantit pas de retrouver le plaisir sexuel. Elle ne permet pas non plus d'effacer le traumatisme lié à l'acte si un travail psychothérapeutique n'a pas été réalisé auparavant (15, 20, 25).

En France, plusieurs établissements de santé proposent la reconstruction du clitoris et de la vulve, avec une équipe pluridisciplinaire composée d'une sage-femme sexologue, un psychologue, un anesthésiste et un chirurgien (33).

1.7.2 Les organismes qui luttent contre les MSF dans le monde et en France.

Dans le monde, les campagnes de lutte contre les MSF sont organisées par les autorités locales, plus particulièrement par les organisations non gouvernementales (ONG) comme le comité Inter-Africain (CIAF) depuis des années 1980 (12, 35).

Au niveau européen, il existe le ENDFGM EUROPEAN CAMPAIGN qui est un réseau de lutte contre les MSF. Ce réseau a pour objectif de combattre les MSF pratiquées parmi les populations africaines en diaspora, de protéger les victimes potentielles et de défendre les victimes de cette pratique. Les membres de ce réseau sont l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Chypre, la France, le Hongrie, l'Italie, Irlande, Lituanie, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni et la Suède (35, 38, 39).

Les associations et les organisations non gouvernementales qui luttent contre les MSF en France sont : l'Amnesty international, la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité, le mouvement français pour le planning familial (MFPPF), le centre national d'informations sur les droits des femmes et des familles (CIDFF), le groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS) et la commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS) (12, 35, 38).

Deuxième partie

L'étude.

2.1 Problématique.

Les MSF entraînent des complications sur différents aspects de la vie de la femme, plus particulièrement dans une période spécifique comme la grossesse et l'accouchement. Les complications provoquées lors de l'accouchement sont directement liées au geste de MSF et peuvent entraîner des conséquences maternelles et néonatales néfastes.

L'étude de l'OMS publiée par Lancet a étudié les complications obstétricales liées à la pratique de MSF chez les femmes africaines qui ont subi cet acte et qui ont accouché en Afrique.

Or, du fait de l'immigration, les femmes africaines mutilées accouchent de plus en plus souvent en France. Ainsi nous avons voulu étudier la prise en charge de ces patientes en France où la médicalisation de la grossesse est importante mais où la connaissance des MSF est plus récente. Nous souhaitons comparer les pratiques obstétricales en Afrique où les soignants ont plus de connaissances sur les MSF parce qu'ils ont l'habitude de les prendre en charge mais disposent de moyens technologiques moins avancés par rapport aux pays occidentaux.

Par ailleurs, lors de la 55ème session de l'assemblée générale des Nations Unies le 8 septembre 2000 dans le cadre d'un projet de développement, huit objectifs à atteindre d'ici l'année 2015 ont été fixés et constituent la déclaration du millénaire. Le 5^{ème} de ces objectifs est la réduction de la mortalité maternelle de 75 % entre 2000 et 2015. Or, les MSF par les complications qu'elles entraînent lors de l'accouchement augmentent le risque de mortalité maternelle chez les victimes. L'atteinte de l'objectif 5 du millénaire passe donc par la lutte contre les mutilations sexuelles féminines. C'est à partir de ces constats que nous proposons la question suivante :

Quelles sont les issues maternelles et néonatales lors de l'accouchement en Ile de France et en Afrique chez les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles féminines MSF ?

De cette problématique, nous avons émis trois hypothèses.

2.2 Les hypothèses.

- **Hypothèse 1** : Il existe une prise en charge spécifique des femmes mutilées pendant l'accouchement en France.
- **Hypothèse 2** : Les femmes mutilées qui accouchent en France ont moins de complications obstétricales par rapport à celles qui accouchent en Afrique.
- **Hypothèse 3** : Les nouveau-nés de femmes mutilées qui accouchent en France ont moins de complications périnatales comparés à ceux de femmes mutilées qui accouchent en Afrique.

2.3 Les objectifs.

Afin de répondre à nos hypothèses, nous avons posé les objectifs suivants :

- Identifier une prise en charge spécifique des femmes mutilées lors de l'accouchement pour prévenir les complications obstétricales.
- Evaluer l'impact du lieu d'accouchement sur les issues maternelles et néonatales.
- Elaborer une PEC spécifique des femmes mutilées lors de l'accouchement.
- Contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement de l'égalité des sexes, l'autonomisation des femmes, la réduction de la mortalité de l'enfant et l'amélioration de la santé maternelle.

2.4 La méthodologie.

2.4.1 Outil et la description de la population de l'étude.

Afin de pouvoir répondre à notre problématique, nous avons réalisé une étude rétrospective unicentrique sur dossiers de femmes mutilées dans une maternité d'Ile de France (IDF) dont nous ne mentionnerons pas le nom pour des raisons de confidentialité, entre juin 2011 et juin 2012.

Pour répondre à nos hypothèses, nous l'avons comparé à trois études choisies en fonction du lieu de l'enquête, de l'origine de la population étudiée et leur exposition ou non aux mutilations sexuelles féminines.

La première étude est l'enquête nationale périnatale française réalisée en Mars 2010 (28) sur des dossiers obstétricaux et par interrogatoire de femmes en suites de couches. C'est une étude de cohorte, rétrospective et multicentrique sur toute la France (la métropole et trois départements d'outre-mer). Elle comprend 15187 femmes dont 14681 en métropole et 15 418 enfants dont 14 903 en métropole.

La deuxième étude est celle de l'OMS intitulée *les mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains*, publiée en 2006 par Lancet (17). C'est une étude cas-témoin, prospective et multicentrique, réalisée dans six pays d'Afrique (Nigéria, Burkina Faso, Ghana, Kenya, Soudan, Sénégal) entre novembre 2001 et mars 2003. 28 393 femmes, qui ont accouché durant la période d'étude, ont été incluses, dont 21 232 femmes mutilées tous types de MSF confondus (cas) et 7161 femmes non mutilées (témoins).

La dernière étude choisie est celle de MILLOGO-TRAORE.F et al. *Le pronostic maternel et fœtal lors de l'accouchement chez la femme excisée* (13). C'est une étude cas-témoin, prospective et unicentrique, réalisée dans une maternité CHU d'Ouédraogo à Ouagadougou au Burkina Faso entre Janvier et Juillet 2006. 227 femmes mutilées et 227 femmes non mutilées ont été incluses.

La méthodologie du travail est de comparer l'étude réalisée dans une maternité d'Ile de France à ces trois études, il s'agit donc d'une étude ici-ailleurs rétrospective et comparative dont l'exposition est les mutilations sexuelles féminines.

La population de l'étude est composée :

- D'une part des femmes mutilées ayant accouché dans une maternité d'IDF et l'échantillon de l'enquête nationale périnatale française.
- D'autre part, de la population cas de l'étude de l'OMS qui sont des femmes mutilées (tous types de MSF confondus) qui ont accouché dans six pays d'Afrique (Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigéria, Sénégal, Soudan) et de la population cas (femmes mutilées tous les types de MSF confondus) de l'étude de MILLOGO-TRARE.F et al. Pour ces deux études, nous avons exclu les groupes témoins constitués de femmes non mutilées.

Ces femmes sont séparées en quatre groupes :

Groupe 1 : les femmes mutilées qui ont accouché en IDF.

ENP : la population de l'enquête nationale périnatale (un échantillon de la population française).

Groupe 2 : les femmes mutilées qui ont accouché dans les six pays africains (les cas de l'étude de l'OMS).

Groupe 3 : les femmes mutilées qui ont accouché au CHU d'Ouédraogo à Ouagadougou au Burkina Faso (les cas de l'étude de MILLOGO-TRAORE.F et al).

Pour l'étude réalisée en Ile de France, nous avons posé certaines définitions. L'hémorragie du post-partum est une perte sanguine au moins égale à 500ml. Un séjour est considéré comme prolongé s'il est supérieur à 3 jours pour une accouchée voie basse ou supérieur à 5 jours chez une accouchée césarisée. Une durée de travail est considérée comme prolongée si elle est supérieure à 8 heures chez une multipare ou au delà de 12 heures chez une primipare.

Du côté du nouveau-né, nous avons considéré comme une réanimation néonatale, toute assistance respiratoire et/ou insufflation d'air dans les poumons après la naissance. L'expression « décès périnatal » comprend tout enfant mort-né ou décédé après la naissance.

Les logiciels employés sont Excel et Word. Par ailleurs, les tests statistiques utilisés pour l'analyse de nos données sont le test de Chi 2 et le test exact de Fisher. Le seuil de significativité est une p-value inférieur à 0,05.

2.4.2 Les critères d'inclusion et d'exclusion.

2.4.2.1 L'étude menée en Ile de France.

Nous avons inclus toutes les femmes mutilées qui ont accouché de Juin 2011 à Juin 2012 dans cette maternité d'Ile de France.

Nous avons initialement 160 femmes mutilées qui ont accouché durant la période de référence, 12 femmes ont été exclues parce que leur dossier n'a pas été retrouvé aux archives, 148 dossiers étaient donc exploitables.

2.4.2.2 L'étude de l'enquête nationale périnatale.

L'enquête nationale périnatale française a été menée dans différentes maternités, à la fois publiques et privées en métropole et dans trois départements d'outre mer (DOM) sur une période d'une semaine. Toute naissance avec un nouveau-né ayant un terme gestationnel au moins égal à 22 semaines d'aménorrhée et/ou un poids supérieur à 500g et qui a eu lieu sur la période a été incluse. Les enfants nés vivants, les mort-nés et les fœtus issus d'interruption médicale de grossesse étaient tous inclus. L'enquête a inclus en tout 15187 femmes accouchées et 15418 enfants dont 14681 femmes accouchées et 14903 enfants en métropole.

Pour cette étude, certaines données étant manquantes pour les DOM, nous avons uniquement exploité les données de la métropole.

2.4.2.3 L'étude de l'OMS.

L'étude de l'OMS publiée par Lancet, a inclus toutes les femmes qui se présentaient pour une naissance dans les centres dans six pays africains participant à l'étude entre novembre 2001 et mars 2003. Les femmes ayant une césarienne programmée et celles pour qui certaines données sont manquantes ont été exclues. Au final, 28 393 femme accouchées sont incluses pour l'analyse dont 21 232 femmes mutilées tous types de MSF confondus (cas).

2.4.2.4 L'étude de MILLOGO-TRAORE.F et al.

L'étude de MILLOGO-TRAORE.F et al a été menée dans une maternité de centre hospitalier Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou à Burkina Faso sur la période de Janvier à Juillet 2006. Elle a inclus les femmes avec une grossesse mono fœtale en présentation céphalique, avec un fœtus vivant à l'admission et un nouveau-né eutrophe à la naissance. Seules les femmes qui ont accouché par voie basse dans le service, sans antécédent d'utérus cicatriciel ni de pathologie maternelle pouvant influencer sur l'état fœtal ont été incluses. Sur la période de référence, la maternité a réalisé 1023 accouchements de femmes excisées sur 1440 accouchements. Lors de cette étude cas-témoins, les dossiers des premières 227 femmes excisées ont été appariés avec les témoins (femmes non excisées) sur l'âge et la parité.

2.5 Les résultats.

2.5.1 Les caractéristiques de la population de l'étude.

caractéristiques		Groupe 1 chiffre (%)	Population de l'ENP (%)	Groupe 2 chiffre (%)	Groupe 3 Chiffre (%)	p
Type de MSF	Type I Type II Type III	 1 (0.68) 1 (0.68)	NR	6856(32.3) 7771 (36.6) 6595 (31.1)	63(27.8) 158(69.9) 6(2.6)	
Age (ans)	<25 25-29 >30 Moyen	20 (13.5) 62 (41.9) 66 (44.6) 30ans	1977 (13.4) 4404(29.99) 8169(55.6) 29.7ans	8103 (38.1) 5949 (28,0) 7170 (33.8) 26ans	NR 25ans	
Parité	I II III >III moyenne	36 (24.3) 38 (25.7) 36 (24.3) 38 (25.7) 2.9	6343(43.2) 5030(34.3) 2109(14.4) 1158(7.9) NR	9052 (42.7) 2839 (13.4) 2628 (12.4) 6698 (31.5) 1.9	106(46.7) 86(37.9) - 35 (15.4)	pa<0.000001 pb<0.00001 pe<0.00001
IMC (kg/m2)	<25 25-29 >30	72 (48.6) 30 (20.3) 12 (8.1)	9937(67.7) 2360(16.1) 1347(9.2)	10430(49.1) 8077 (38) 2663 (12.5)	NR	
Origine	Burkina F Cameroun Congo Cote d'I Egypte Gambie Ghana Guinée Kenya Mali Maroc Mauritanie Nigeria Sénégal Soudan	2 (1.35) 1 (0.68) 2(1.35)(1.35) 9(6.08) 1 (0.68) 2(1.35.) 0 1(0.68) 1(0.68) 77(52.01) 1 (0.68) 6 (4.05) 1 (0.68) 26 (16.89) 0	Population française	3878 (18.3) 0 0 0 0 0 1253 (5.9) 0 2486 (11.7) 0 0 0 4720 (22.2) 2716 (12.8) 6169 (29.1)	Burkina Faso	

Tableau 2 : Les caractéristiques des différentes populations étudiées.

Soit pa, la p-value de la comparaison groupe 1 et 2.

Soit pb, la p-value de la comparaison de groupe 1 et 3.

Soit p , la p -value de la comparaison de groupe 1 et ENP.

Légende : NR : Non renseigné.

Cote d'I= Cote d'Ivoire

Burkina F= Burkina Faso

2.5.1.1 L'âge de la population de l'étude.

L'âge moyen des femmes mutilées qui ont accouché en IDF et celui des femmes de l'enquête nationale périnatale sont proches, ils sont respectivement de 30 ans et de 29.7 ans. L'âge moyen des femmes mutilées qui ont accouché en Afrique est de 26 ans pour les femmes de l'étude de l'OMS et de 25 ans pour l'étude au Burkina Faso.

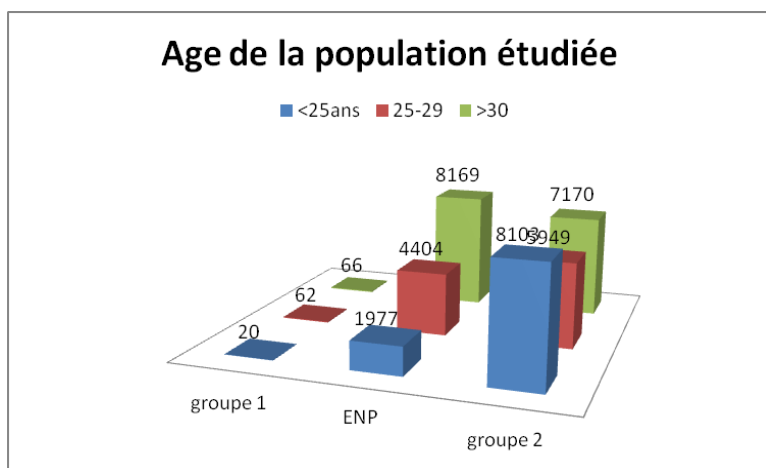


Figure 6 : L'âge de la population étudiée.

2.5.1.2 La parité des femmes de l'étude.

La parité moyenne de femmes du groupe 1 est de 2.9 et celle de groupe 2 est de 1.9.

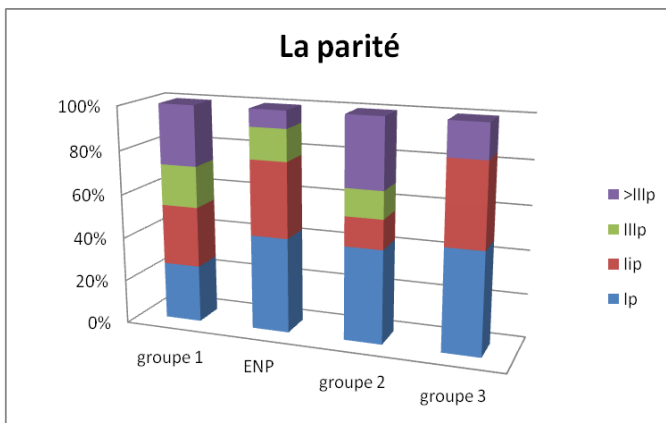


Figure 7 : La parité de la population étudiée.

2.5.1.3 Les différents types de MSF.

Le type de MSF n'est pas spécifié dans le dossier obstétrical des femmes mutilées qui ont accouché à la maternité d'IDF sauf dans deux cas dont une infibulation. Chez les femmes du groupe 2, 32% ont subi des MSF de type I, 37% de type II et 32% ont subi des MSF de type III.

Les critères de MSF et son type n'étaient pas étudiés dans l'étude de l'ENP.

Enfin, dans le groupe 3, 27.8% ont subi les MSF de type I, 69.9% ont subi le type II et 2.6% le type III.

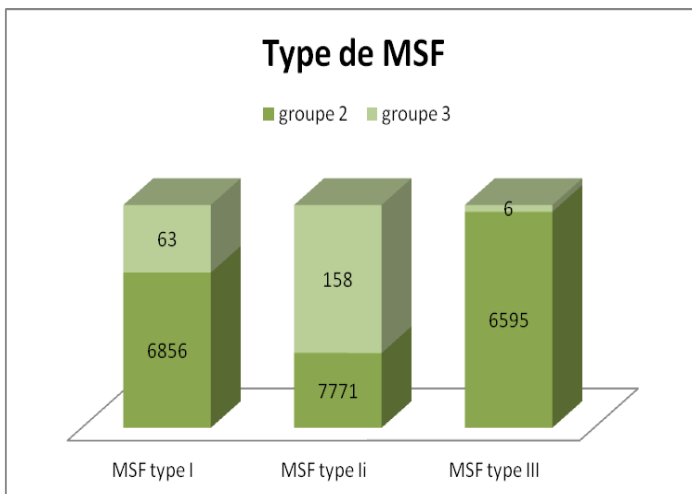


Figure 8 : La répartition de différent type de MSF chez les femmes du groupe 2 et 3.

2.5.1.4 Les origines de la population.

Les femmes du groupe 1 sont toutes d'origine africaine. La majorité des femmes du groupe, soit 52%, est d'origine malienne, 17% d'origine sénégalaise, 6% d'origine

ivoirienne, 4% d'origine mauritanienne, 1.4 % d'origine congolaise, camerounaise, gambienne et de Burkina Faso respectivement puis 0.7% d'Egypte, de Maroc et de Nigéria respectivement.

La population de l'enquête nationale périnatale est un échantillon de la population française et celle du groupe 3 est un échantillon de la population de Burkina Faso.

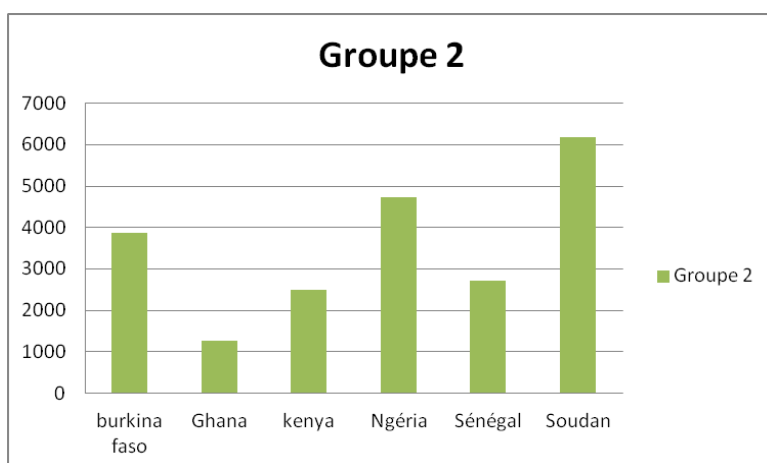


Tableau 3: L'origine des femmes du groupe 2.

Pour les femmes du groupe du groupe 2, 29% sont de Soudan, 22% du Nigéria, 18% de Burkina Faso, 13% de Sénégal, 12% de Kenya et 6% de Ghana.

2.5.2 Les événements obstétricaux.

2.5.2.1 Les événements obstétricaux de femmes du groupe 1 et de l'ENP.

Evénements obstétricaux	Groupe 1 Chiffre (%)	ENP Chiffre (%)	pe
Travail : Spontané	94 (63.5)	9720 (66)	0.04
Provoqué	45 (30.4)	3312(22)	
Césarienne avant travail	9 (6.1)	1592 (10.8)	
Voie d'accouchement			
Basse :	118(79.7)	11640(79.3)	0.8
Spontanée	109 (73.6)	9857(67.1)	0.02
instrumentale	9 (6.1)	1783(12.1)	
Césarienne	30 (20.3)	3089 (21)	
Durée d'expulsion :			
<20min	137(92.6)	NR	-
20-30 min	4(2.7)		
>30min	2 (1.35)		
Episiotomie	45 (30.4)	3056 (20)	0.004
APD : Oui	105(70.9)	11849 (80.7)	0.0004
Non	39(26.35)	2283 (15.5)	
RU + révision du col : Oui	23 (15.4)	Non renseigné	-
Non	145(74.6)		
Déchirure périnéale :			
Simple	55 (37.2)	4742 (32.2)	0.09
complète	3(2)	88 (0.6)	
totale	58(39.2)	4830(32.9)	
Séjour prolongé	21(14.2)	87(0.59)	<0.000001
Décès maternel	0	NR	-

Tableau 4 : Les événements obstétricaux chez les femmes du groupe 1 et celles de l'ENP.

Le taux d'analgésie péridurale (APD) est significativement plus important chez les femmes de l'ENP par rapport celles du groupe 1 avec un $p=0.0004$.

Il existe un taux d'épisiotomie et de prolongation de séjour plus important chez les femmes mutilées qui ont accouché en France par rapport la population de l'ENP avec un $p=0.004$. et $p<0.00001$ respectivement.

Nous n'observons pas de différence significative sur le taux de déchirures périnéales dans le groupe 1 et celui de l'ENP.

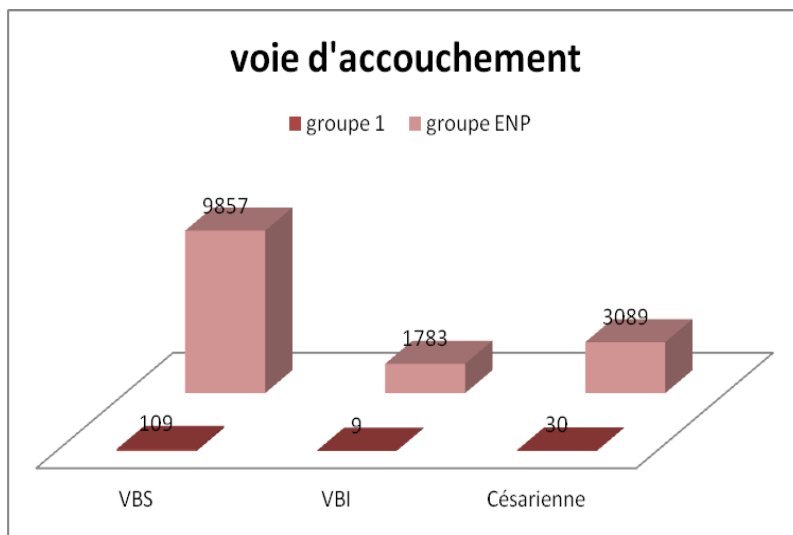


Tableau 5 : Comparaison de la voie d'accouchement chez les femmes du groupe 1 et celles de l'ENP.

Le taux d'accouchement par voie basse instrumentale est plus important chez les femmes de l'ENP par rapport à celles du groupe 1 de façon significative avec un $p=0.02$.

2.5.2.2 Les complications obstétricales de la population.

Les événements obstétricaux	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	pa	pb
Durée de travail :					
Prolongée	10(6.8)	NR	7(3.8)	-	0.7
normale	138(93.2)		81(35.7)		
Voie d'accouchement :					
Basse spontanée	109(73.6)	19982(94.1)	223	0.04	
Basse instrumentale	9(6.1)	NR	4(1.8)	-	0.01
Césarienne :	30(20.3)	1250 (5.9)	0	<0.0001	
Avant travail	8 (26.7)	0			
Pendant travail	22 (73.3)	1250 (5.9)		<0.0001	
Durée d'expulsion :					
<30min	141(95.3)	NR	53(23.3)	-	
>30min	2(1.4)		28 (12.3)		<0.0000001
Episiotomie :					
Oui	45(30.4)	NR	95(41.9)	-	0.02
non	103(69.6)		132(58.1)		
Déchirure périnéale : totale	58(39)		23 (10)		<0000000.1
Simple	55(37.1)	NR	9 (3.9)	-	
complète	3(2)		14(6.2)		<00000.1
Hémorragie du post-partum	10(6.8)	1545 (7.3)	16(7.05)	0.8	0.9
Transfusion sanguine	3(2)	NR	NR	-	-
Séjour prolongé	21(14.3)	1552(7.3)	NR	0.001	-
Décès maternel	0	45(0.2)	0	1	-

Tableau 6 : Les événements obstétricaux chez les femmes du groupe 1, groupe 2 et groupe 3.

Pour la comparaison des événements obstétricaux des femmes mutilées qui ont accouché en France et des femmes mutilées qui ont accouché en Afrique, il n'existe pas de différence significative sur la durée du travail dans les deux groupes.

Nous mettons en évidence, statistiquement, un taux plus important d'accouchement par voie basse instrumentale, de césarienne et d'un séjour prolongé chez les femmes excisées qui ont accouché en France par rapport à celles qui ont accouché en Afrique avec un $p=0.001$, $p<0.0001$ et $p=0.001$ respectivement.

Par ailleurs, les taux d'épisiotomie, de la durée de l'expulsion et de déchirures périnéales à la fois simples et complètes sont significativement plus importants chez les femmes excisées qui ont accouché en Afrique par rapport à celles ayant accouché en France avec $p=0.02$, $p<0.00001$ et >0.0001 respectivement.

2.5.3 Les données de nouveau-nés.

2.5.3.1 Les caractéristiques de nouveau-nés des femmes du groupe 1 et du groupe de l'ENP.

Les caracteristiques	Groupe 1 Chiffre (%)	ENP	p
Poids : Eutrophe	113 (76.3)		
Hypotrophe	19 (12.8)		
Macrosome	15 (10.1)	1034(6.9)	0.1
Terme (SA) : Terme (37-41)	139 (93.9)	11127(74.7)	
Prématuré (<37)	6 (4.0)	1092 (7.3)	
Post-terme (41)	3 (2.0)	2684(18)	
Apgar > 7 à 1min de vie	138 (93.2)	13569(91)	
<7 à 1min de vie	8(5.4)	1049(7)	
<7 à 5min de vie	4 (2.7)	240(1.6)	0.3
PH >7.20	123 (83.1)	NR	
<7.20	20 21 (14.2)		
Lactates (mmol/l)	<5 132 (89.2)	NR	
	>5 12 (8.1)		
Couleur du liquide amniotique :		NR	
Claire	113 (76.3)		
Teintée	21 (14.2)		
Méconiale	11 (7.4)		
Sanglante	3 (2.0)		

Tableau 7: Les caractéristiques de nouveau-nés de femmes du groupe 1 e de l'ENP.

76% des nouveau-nés de femmes du groupe 1 sont eutrophes, 12% sont hypotrophes et 10% sont macrosomes. 94% d'entre eux sont nés à terme, 4%

prématurément et 2% en post-terme. Pour le groupe de l'ENP, 6.7% des nouveau-nés sont macrosomes.

93% des nouveau-nés des femmes du groupe 1 avaient une bonne adaptation extra-utérine à une minute de vie avec un Apgar supérieur à 7 et plus de 97% avaient une bonne adaptation extra-utérine à cinq minutes de vie avec un Apgar supérieur à 7. La plupart de ces nouveau-nés avait un bon équilibre acido-basique à la naissance. Pour les nouveau-nés du groupe de l'ENP, 91% avaient un Apgar supérieur 7 à une minute de vie et plus de 98% avaient un Apgar supérieur à 7 à cinq minutes de vie. Les caractéristiques de nouveau-nés de femmes mutilées de l'étude de l'OMS (groupe 2) n'ont pas été mentionnées dans l'article.

2.5.3.2 Les complications néonatales.

Complications	Groupe 1	ENP	p
Apgar <7min	8(5.4)	240(1.6)	0.0003
A 5 min de vie			
Réanimation	13(8.8)	779(5.2)	0.07
Transfert	15 (10.1)	942(6.32)	0.09
Décès néonatal	0	14(0.09)	1

Tableau 8: Les complications néonatales des nouveau-nés des femmes du groupe 1 et de l'ENP.

La comparaison des nouveau-nés des femmes mutilées qui ont accouché en France avec ceux des femmes de l'enquête nationale périnatale, montre d'une manière significative que les nouveau-nés des femmes du groupe 1 ont un Apgar plus bas à cinq minute de vie par rapport a ceux des femmes de l'ENP avec un $p=0.0003$. En revanche, il n'existe aucune différence significative sur le taux de réanimation néonatale, de transfert néonatal et de décès néonatal dans les deux groupes.

Complications néonatales	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	pa	pb
Apgar <7 à 5min de vie	8(5.4)	NR	10(4.4)	-	0.66
Réanimation néonatale	13(8.8)	2239(10.5)	NR	0.48	
Transfert	15(10.1)	NR	9(3.96)		0.02
Décès périnatal :	2(1.35)	1400(6.6)	5(2.2)	0.007	0.004
foetal	2	NR	0		0.15
néonatal	0	NR	5		0.16

Tableau 9 : Complications néonatales des nouveau-nés de femmes du groupe 1, groupe 2 et du groupe 3.

Notre étude ne met pas en évidence une différence significative sur le score d'Apgar et la réanimation néonatale chez les nouveau-nés des femmes mutilées qui ont accouché en France comparé à ceux de femmes mutilées qui ont accouché en Afrique.

En revanche, il existe un taux de transfert néonatal plus important statistiquement chez les nouveau-nés des femmes mutilées qui ont accouché en France par rapport à ceux de femmes excisées qui ont accouché en Afrique avec un $p=0.02$. Par ailleurs, nous avons mis en évidence, un taux de décès périnatal plus important significativement chez les nouveau-nés des femmes excisées qui ont accouché en Afrique comparé à ceux de femmes mutilées qui ont accouché en France. Avec un $p=0.007$ pour la comparaison des nouveau-nés des femmes du groupe 1 et du groupe 2 et un $p=0.004$ pour ceux des femmes du groupe 1 et du groupe 3.

Troisième partie

Discussion

3.1 Analyse de l'étude.

Cette étude comporte de nombreuses limites et de forces.

3.1.1 Les limites de l'étude.

Pour la critique de notre étude, nous avons inclus l'étude de MILLOGO-TRAORE.F et al (13) dans l'étude de l'OMS parce que la méthodologie des deux études est identique, elles diffèrent seulement par le nombre de centres et de pays participants inclus ainsi que sur leurs critères d'inclusion.

Notre étude comporte de nombreuses limites.

Tout d'abord, la méthodologie de travail a révélé plusieurs biais du fait de la comparaison de notre étude réalisée en IDF à plusieurs études de la littérature. Les études choisies diffèrent de notre étude sur de nombreux aspects, notamment par des biais de sélection et d'information.

L'étude de l'OMS est multicentrique, prospective et réalisée dans six pays africains différents comparé à une étude unicentrique, rétrospective et menée en France. Les pratiques obstétricales des six pays africains diffèrent entre elles car ces pays n'ont pas de protocole commun. De plus, la méthodologie utilisée pour notre étude est différente de celle employée par l'enquête périnatale.

Nous avons été amenés à comparer des populations de pays qui ont des prises en charge obstétricales différentes, ce qui constitue un biais de sélection et d'information important.

Par ailleurs, la population de l'étude réalisée en France n'est pas tout à fait similaire à celle de l'étude de l'OMS ni à celle de l'enquête nationale périnatale du point de vue de l'origine ethnique et de la répartition des types de MSF, ce qui renforce le biais de sélection. Il existe également une grande différence numérique entre les différents groupes de la population étudiée. De plus, le fait de comparer une étude prospective à une étude rétrospective renforce le biais d'information. Par la suite, les études ont été réalisées sur une période différente sur chaque lieu d'enquête, ceci

peut constituer un biais d'information due au changement de pratiques dans le temps donc influence les résultats.

Ensuite, c'est une étude ici-ailleurs comparative et rétrospective qui selon les recommandations ANAES représente un niveau de preuve faible (C). Son caractère rétrospectif constitue un biais de mémorisation.

Enfin, l'utilisation dans notre méthodologie d'articles publiés ne nous fournit pas toutes les informations qui auraient pu être intéressantes à exploiter. De plus, les études n'ont pas été réalisées sur les mêmes critères, ce qui constitue un autre point de biais de sélection et d'information.

3.1.2 Les forces de l'étude.

Notre étude regroupe un nombre important de femmes ayant subi des MSF.

A notre connaissance, il n'existe pas d'étude qui a évalué l'impact du lieu d'accouchement sur les issues maternelles et néonatales des complications de MSF.

3.2 Une prise en charge spécifique.

Les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles féminines sont de plus en plus rencontrées en occident, dans le cadre de notre étude en France.

La comparaison de la population de l'étude d'IDF à celle de l'enquête nationale périnatale montre une différence significative de déclenchement artificiel du travail et du taux d'épisiotomie préventive chez les femmes excisées qui accouchent en France avec 30% contre 22% et 30.4% contre 20% respectivement (Tableau 4). La différence du taux de déclenchement n'est pas liée aux complications de MSF mais plutôt à d'autres pathologies obstétricales telles que la pré-éclampsie que nous retrouvons plus fréquemment chez les patientes africaines. En revanche, la différence du taux d'épisiotomie plus important chez les femmes du groupe 1 respecte les recommandations internationales d'une indication large d'épisiotomie préventive chez les femmes excisées lors du dégagement de la présentation fœtale afin de prévenir les complications périnéales.

Le taux d'APD chez les femmes de l'ENP est significativement plus élevé chez les femmes mutilées qui accouchent en France 80.7% versus 70.9% (Tableau 4). Or,

selon l'article de PHILIPPE.H.J et al : *Prise en charge pluridisciplinaire des mutilations sexuelles féminines* (14) la réalisation d'une APD est recommandée chez les femmes mutilées lors de l'accouchement afin d'éviter la réactivation du traumatisme psychique et psychologique de l'acte de MSF et d'améliorer le vécu de l'accouchement de la patiente. Même si le taux d'APD est élevé, soit 70.9%, chez les femmes mutilées accouchant en France, il est inférieur à celui de la population française qui avoisine les 80.7%. La différence du taux d'APD dans les deux groupes peut s'expliquer par une différence culturelle de la notion de douleur de l'accouchement et sa gestion.

Aucune différence n'a été montrée sur la voie d'accouchement, qu'elle soit basse ou haute, ni sur les déchirures périnéales chez les femmes excisées qui ont accouché en France par rapport à la population française. L'absence de différence sur le taux de déchirures périnéales peut se justifier par une réalisation plus importante d'épisiotomie préventive chez les femmes du groupe 1. Ces résultats peuvent être expliqués aussi par la répartition des différents types de MSF chez les femmes du groupe 1. Dans les dossiers exploités pour l'étude d'IDF, dans 99% cas, le type de MSF n'a pas été mentionné mais dans le mémoire du diplôme d'état de sage-femme réalisée par ASILA.Mariam intitulé *Prise en charge spécifique des femmes mutilées sexuellement à la maternité Jean Verdier* (20), l'étude menée aussi dans une maternité d'IDF montre que 20% des femmes mutilées ont des MSF de type I et 75% ont le type II. Par extension, on peut dire que les types de MSF les plus rencontrés en Ile de France sont les types I et II. Or, selon plusieurs études dont celles de l'OMS (17) et de MILLOGO-TRAORE.F (13), la sévérité des complications périnéales est proportionnelle au degré de MSF. D'une manière globale, elles ont montré qu'il y a une différence significative sur les complications obstétricales entre les femmes mutilées et celles non mutilées, mais par contre cette différence est de faible importance concernant la sévérité des complications périnéales entre les femmes qui ont subi des MSF de type I et Type II comparé aux femmes non mutilées.

Nos résultats concernant les complications périnéales sur la comparaison entre les femmes excisées et celles qui ne sont excisées en France sont en désaccord avec ceux de l'étude d'ANDRO.A et al : *Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice* (31). Cette étude ne trouve statistiquement aucune différence sur le taux d'épisiotomie dans les deux groupes mais un taux plus important de déchirures

périnéales chez les femmes excisées. Cette divergence peut être expliquée par une différence de méthodologie. Dans notre étude, nous avons comparé les femmes mutilées qui ont accouché en France dans un seul centre aux femmes de la population générale. Alors que l'étude d'ANDRO.A et al, a comparé des femmes excisées et non excisées issues de plusieurs centres.

En revanche, il y a plus d'accouchement par voie basse instrumentale chez les patientes de l'ENP avec une différence significative. Cette différence s'explique par une répartition importante des primipares dans la population de l'ENP par rapport aux femmes du groupe 1.

Chez les femmes ayant accouché en France, les femmes mutilées ont un séjour significativement plus long que les femmes non mutilées. Ces résultats sont comparables à ceux de l'étude de l'OMS (17). Cependant, dans notre étude, dans plus de 90% des cas, les motifs de la prolongation de séjour des femmes excisées, qui accouchent en France, ne sont pas liés aux complications des MSF, mais sont en rapport avec des pathologies obstétricales pour lesquelles elles étaient déclenchées.

L'hypothèse n°1 qui tente d'identifier l'existence d'une prise en charge spécifique pour des femmes excisées qui accouchent en France est partiellement validée. En effet, si elles bénéficient plus souvent d'une épisiotomie pour prévenir les déchirures périnéales, elles ont moins souvent recours à l'analgésie péridurale pour éviter les douleurs de l'accouchement et surtout celles provoquées par l'expulsion de l'enfant, que la population générale.

3.3 L'impact du lieu d'accouchement sur les complications maternelles liées aux MSF.

La comparaison du groupe 1 et groupe 3 montre qu'il n'existe pas de différence significative sur la durée du travail d'une femme excisée qui accouche en France ou en Afrique (Tableau 6).

En revanche, une femme mutilée qui accouche en France a un risque statistiquement plus élevé de césarienne et d'accouchement par voie basse instrumentale comparé à celle qui accouche en Afrique avec un taux de césarienne à 20% en France contre 5.9% en Afrique, puis 6.1% contre 1.8% pour la voie basse instrumentale (Tableau 6). Ces résultats peuvent être expliqués par la différence de la surveillance pendant le travail en France et en Afrique. Avec l'avancée technologique très importante en France, les professionnels de santé dépistent plus de facteurs de risques ce qui entraîne une prise en charge plus interventionniste.

Notre étude montre une différence significative du taux d'épisiotomie plus important chez les femmes mutilées qui accouchent en Afrique comparées à celles qui accouchent en France, 41% versus 30.4%. En effet, l'indication d'épisiotomie est large chez une femme excisée lors du dégagement de la présentation fœtale, mais il est recommandé par l'ANAES de ne pas la réaliser en systématique, ce qui pourrait expliquer la différence du taux d'épisiotomie.

Pour les complications périnéales, la comparaison du groupe 1 et groupe 3 montre qu'il existe plus de déchirures périnéales simples de manière significative chez femmes excisées qui accouchent en France par rapport à celles qui accouchent en Afrique. Le taux de déchirures périnéales simples plus important en France se justifie par une faible réalisation d'épisiotomie. En revanche, il existe plus de déchirures périnéales complètes chez les femmes mutilées qui accouchent en Afrique comparées à celles qui en France avec une différence significative. En effet, les professionnels de santé en Afrique ont plus l'habitude de réaliser les accouchements chez les femmes mutilées due à une forte prévalence de cette pratique. Cependant, les recherches et les connaissances dans le domaine médical sont plus avancées en occident, ce qui permet aux professionnels de la santé d'avoir des moyens et des techniques de prise en charge plus adaptés afin limiter les complications sévères.

Dans cette étude, aucune différence significative n'a été mise en évidence sur le taux d'hémorragie de la délivrance en fonction du lieu d'accouchement. Comme nous l'avons expliqué ci-dessus, il existe quasiment que des femmes mutilées de type I et

Il en France donc les complications périnéales sont de faible intensité avec ces types de MSF. Or, dans la majorité des cas, ce sont les complications périnéales qui sont à l'origine de l'HPP chez les femmes mutilées. De plus, lorsque nous comparons le taux d'HPP du groupe 3 (Afrique) et du groupe 1 (France), nous remarquons que le taux est similaire. Comme cité plus ci dessus, par extension de l'étude de ASILA. M, nous déduisons qu'il existe majoritairement que des femmes qui ont subi des MSF de type I et II en IDF. Or, plus de 95% des femmes du groupe 3 ont subi les MSF du type I ou II. Nous pouvons déduire que le lieu d'accouchement n'influence pas le taux d'HPP chez les femmes mutilées de type I et type II. Pour pouvoir mettre en évidence une différence, il faudrait étudier les femmes mutilées du type III qui accouchent en Afrique et celle qui accouchent en France.

En revanche, une prolongation de séjour statistiquement plus importante a été mise en évidence chez les femmes mutilées qui accouchent en France par rapport à celles qui accouchent en Afrique. La prolongation de séjour est plus en France qu'en Afrique pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il existe une différence de prise en charge obstétricale au niveau des pathologies dépistées et diagnostiquées, de moyens de dépistage, diagnostic et de PEC. De plus, le coût de l'hospitalisation est à la charge de la famille parce qu'il n'existe pas de système social pour prendre en charge les frais médicaux, donc plus le séjour est court, mieux cela est pour la plupart des parturientes africaines qui accouchent en Afrique.

Aucune différence significative n'a été mise en évidence dans cette étude sur les décès maternels chez les femmes excisées qui accouchent en France et celles qui accouchent en Afrique. Cette absence de différence peut être due à une bonne application des recommandations de PEC des femmes mutilées pendant l'accouchement aussi bien en France qu'en Afrique. Cela peut aussi être dû au fait que les études réalisées en Afrique ont pris en compte uniquement des accouchements réalisés dans les centres où il y a des PEC adaptées en cas de situation pathologique et non des accouchements réalisés à domicile .

Nous pouvons en conclure que l'hypothèse n°2 « les femmes mutilées qui accouchent en Afrique ont plus de complications par rapport celles qui accouchent en France », est partiellement validée.

3.4 L'impact du lieu d'accouchement sur les complications néonatales de nouveau-nés de femmes mutilées.

Du point de vue néonatal, les résultats sont comparables à ceux de l'étude cas-témoin de MILLOGO-TRAORE.F et al (13) qui montrent que les nouveau-nés des femmes excisées qui accouchent en France ont une plus mauvaise adaptation à la vie extra-utérine par rapport aux nouveau-nés de la population française générale avec une différence significative. En revanche, il n'existe pas de différence significative au niveau de la réanimation néonatale et le transfert néonatal.

La comparaison des nouveau-nés de femmes du groupe 1 et du groupe 3, n'a pas mis en évidence de différence significative sur une augmentation mauvaise adaptation à la vie extra-utérine, ni de réanimation néonatale des nouveau-nés des femmes excisées qui accouchent en Afrique par rapport à ceux des femmes mutilées qui accouchent en France. Les femmes des deux groupes ont majoritairement subi des MSF de type I et II dans une proportion similaire, avec des effectifs comparables, et les MSF de type I et II ont peu de conséquences néonatales, ce qui peut justifier l'absence de différence.

En revanche, les nouveau-nés de femmes mutilées qui ont accouché en France ont plus souvent été transférés en néonatalogie comparés à ceux des femmes excisées qui ont accouché en Afrique d'une manière significative. La différence du taux de transfert néonatal des enfants des femmes excisées qui ont accouché en France et celles qui ont accouché en Afrique est due à une différence de prise en charge.

Enfin, notre étude a mis en évidence une mortalité périnatale (foetale et néonatale) plus importante chez les nouveau-nés des femmes excisées qui ont accouché en Afrique par rapport à ceux des femmes excisées qui ont accouché en France. En France, nous dépistons plus de pathologies en nombre et en fréquence par rapport à l'Afrique, ce qui permet de diagnostiquer précocement les situations à risque et des maladies afin de mettre en place un traitement curatif ou préventif précoce et donc de limiter les situations sévères.

L'hypothèse n°3 est validée puisque les nouveau-nés de femmes mutilées qui accouchent en France ont moins de complications périnatales que ceux nés en Afrique.

3.5 Les propositions.

La prise en charge de femmes qui ont subi des MSF doit être pluridisciplinaire en raison des composantes médicales, chirurgicales, psychologiques, sociales et sexuelles de la pratique (14).

3.5.1 En dehors de la grossesse.

En dehors de la grossesse, une PEC pluridisciplinaire sexuelle et psychologique est peut être nécessaire pour les victimes de MSF pour éviter que la femme se remémore le souvenir de l'acte de mutilation. Ce souvenir peut inciter la femme à y donner une valeur symbolique et donc perpétuer cette pratique. Dans d'autres cas, elle peut renier ses racines. Il est important d'analyser l'histoire personnelle de chaque femme mutilée et de leur expliquer le cheminement nécessaire pour arriver à une sexualité épanouie parce que certaines ont une «sexualité complète normale» mais l'auto-évaluation de la sexualité est biaisée par une surévaluation de ce qui est la norme chez les femmes non mutilées. Il est également important de déterminer le type de MSF constaté lors d'une consultation gynécologique et de l'expliquer à la patiente, ainsi elle a une connaissance basique de son anatomie périnéale.

Une prise en charge chirurgicale est envisageable en cas de troubles mictionnels et/ou sexuels liés à une infibulation ou en cas de kystes épidermiques, de névromes cicatriciels ou si la femme mutilée désire une réparation clitoridienne.

3.5.2 Pendant la grossesse.

Lors du dépistage des MSF à l'examen clinique de la femme en consultation prénatale, le sujet des MSF doit être abordé. Le soignant identifie le type de MSF et le notifie dans le dossier obstétrical. Il explique les MSF et ses complications puis dispense des informations et conseils adaptés. Différents thèmes peuvent être abordés en fonction du parcours de vie de la femme, de ses motivations et de ses troubles. En fonction des informations recueillies, le soignant orientera la patiente vers d'autres spécialistes tels que la psychologue, les associations ou une unité de réparation chirurgicale en post-partum.

En prénatal, une évaluation du périnée doit être réalisée afin d'apprécier l'élasticité périnéale et la qualité de la cicatrisation en particulier celle du périnée antérieur en vu de l'accouchement. Il est indispensable de réaliser un dépistage systématique

d'infection urinaire parce que les femmes mutilées sont plus à risque. Dans le cas d'une infibulation (MSF III), un entretien d'information doit être programmé et suivi d'une programmation de désinfibulation dans l'idéal au deuxième trimestre de la grossesse.

3.5.3 En péri-partum.

En per-partum, il est recommandé d'administrer une analgésie péridurale aux victimes de MSF parce que la douleur de l'accouchement, en particulier celle ressentie lors du dégagement de la présentation fœtale, peut rappeler aux patientes le traumatisme physique et psychique vécu lors du geste de MSF. Ceci peut entraîner un trouble dans le développement du lien affectif mère-enfant. De plus, la réalisation d'une APD facilitera la réfection d'une éventuelle épisiotomie et/ou de déchirure périnéale.

3.5.4 Prise en charge sociale.

Une prise en charge sociale est nécessaire chez les victimes de MSF, en particulier si la fratrie comprend des enfants de sexe féminin ou lorsque l'enfant à naître est une fille, afin de lutter contre la persistance de la pratique de MSF. Dans ce cas, le soignant informe la victime sur les droits de l'enfant et de la femme ainsi que sur les dispositifs de protection existants. En France, l'asile politique peut être accordé à une petite fille ou jeune femme qui peut être une victime potentielle de MSF. Il est important de les orienter vers des réseaux ou des associations qui luttent pour le respect des droits de l'enfant et de la femme. Les victimes peuvent être adressées au GAMS, une association qui, par ses actions, lutte contre les mutilations sexuelles féminines, protège les filles et jeunes femmes à risque et leur apporte une aide judiciaire via le CAMS.

3.6 Le rôle de la sage-femme.

Le Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ainsi que le Ministère de la Santé et des Solidarités ont recommandé la formation des professionnels de santé pour la prévention des MSF et pour la qualité de l'accompagnement des femmes mutilées (25).

Selon les recommandations, une sage-femme doit connaître parfaitement l'anatomie d'un périnée féminin afin de pouvoir dépister toute anomalie de celui-ci. Elle doit avoir des connaissances sur les différents types de MSF ainsi que leurs conséquences afin de pouvoir aborder ce sujet aisément avec la patiente, prendre en charge correctement une femme mutilée et l'orienter vers les professionnels qualifiés si nécessaire.

Lors du premier rendez-vous obstétrical, l'anamnèse a pour objectif de rechercher des antécédents susceptibles d'influencer le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. De ce fait, lorsque la sage-femme constate des MSF à l'examen obstétrical, elle doit en parler systématiquement avec la patiente. Par ailleurs, la sage-femme doit expliquer à la patiente les observations constatées, rechercher les conditions de réalisation de la mutilation et l'existence de complications puis évaluer le vécu de la femme. Elle doit aussi informer la patiente des complications néfastes des MSF sur la santé tout en employant un vocabulaire neutre et adapté au niveau de la compréhension de la patiente. Elle doit rappeler qu'une telle pratique est interdite et punissable en France. La sage-femme doit également insister sur l'existence dans toute civilisation des coutumes bénéfiques qu'il faut promouvoir ainsi que de celles qui sont dangereuses et qu'il faut abolir (7,20). L'entretien du quatrième mois est un cadre idéal pour aborder ce sujet parce que c'est un moment privilégié d'écoute et propice à l'instauration d'un climat de confiance avec la patiente. Elle informe et rassure la patiente sur le déroulement du travail et de l'accouchement. Enfin, elle évalue le risque de réalisation de l'acte sur l'enfant à naître et planifie le suivi de la grossesse en fonction de ses observations.

La collaboration de la sage-femme avec une association de lutte contre les MSF est nécessaire, afin de pouvoir adresser les femmes ayant besoin d'exprimer de façon approfondie leur ressenti et/ou de dissuader les parents qui souhaitent mutiler leurs enfants.

La réalisation des MSF chez la plupart des filles a lieu dans la petite enfance, il est donc primordial de sensibiliser les parents pendant la grossesse à savoir avant la

naissance de l'enfant. La sage-femme étant l'un des principaux professionnels de santé qui participent à la surveillance de la grossesse, elle joue un rôle important dans la prévention des MSF. Avec ses connaissances sur le sujet et sa relation avec la patiente, la sage-femme est la personne la plus qualifiée pour aborder cette discussion avec ces femmes.

La prévention des MSF passe par l'information et l'éducation des populations immigrées. La grossesse étant une période où la femme enceinte et le père de l'enfant sont centrés sur la santé de l'enfant à naître, c'est donc le moment idéal de sensibiliser les parents notamment les maris des victimes aux complications que les MSF peuvent entraîner sur la santé en notamment pendant l'accouchement. La prévention repose aussi sur une discussion systématique avec les femmes mais aussi les hommes pendant la grossesse. La sage-femme réalise la prévention au près de la femme pour la fratrie et de l'enfant à naître. Le relais de la prévention doit être fait par les professionnels du centre de la PMI afin de maintenir la continuité du suivi.

La sage-femme doit être formée à la prise en charge de l'accouchement d'une femme mutilée en particulier celle qui est infibulée (MSF de type III). En effet, pour les MSF de type I et II, aucun geste chirurgical préventif n'est systématique mais l'indication d'épisiotomie est large en fonction du dégagement de la présentation fœtale. En revanche, en cas d'une MSF de type III, il est recommandé de pratiquer une désinfibulation au cours de la grossesse ou en début du travail pour éviter une rétention fœtale dans la filière pelvienne pouvant entraîner une asphyxie fœtale et une déchirure périnéale brutale (1,2, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 25). La sage-femme n'a pas la compétence pour réaliser le geste chirurgical de désinfibulation mais la simple connaissance du geste nécessaire au bon déroulement de l'accouchement permet une PEC efficace, un pronostic obstétrical favorable pour les femmes infibulées ainsi que leur nouveau-né et aussi de rassurer la patiente. Il faut aussi favoriser les positions qui facilitent le relâchement du périnée en particulier le périnée antérieur afin d'éviter les déchirures antérieures qui peuvent occasionner une fistule vésico-vaginale.

La mise en pratique de ces différentes propositions permettra une prise en charge optimale de la parturiente mutilée et limitera ainsi les complications périnatales chez l'enfant.

Conclusion

Les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles féminines peuvent être rencontrées sur toutes les parties du globe du fait de la migration, même si, les MSF sont particulièrement pratiquées sur le continent africain et chez quelques ethnies dans le monde.

Un accouchement est un événement qui peut être inhérent à la vie de toute femme. Or, les MSF provoquent des complications obstétricales lors de l'accouchement. Ainsi, nous avons recherché l'existence d'une prise en charge spécifique des victimes de MSF lors de l'accouchement dans un pays autre que leur pays d'origine (France) puis nous avons voulu évaluer l'impact du lieu d'accouchement sur les issues maternelles et néonatales des femmes mutilées lors de l'accouchement.

Les résultats tendent à montrer que les femmes excisées qui accouchent en France ont une prise en charge spécifique par rapport à la population française générale.

L'analyse de notre étude semble montrer que le lieu d'accouchement n'influence pas fortement les complications maternelles chez les femmes victimes de MSF de type I et II. En revanche, l'importance des MSF est corrélée à la sévérité des complications obstétricales.

Enfin, notre étude a mis en évidence, un risque de mortalité périnatale de l'enfant plus important chez les nouveau-nés des femmes excisées qui ont accouché en Afrique par rapport à ceux des femmes mutilées qui ont accouché en France.

De ce fait, les victimes de MSF nécessitent davantage une prise en charge pluridisciplinaire et globale.

En dehors de la grossesse, un travail psychologique et une prise en charge médicale y compris sexuelle, doivent être proposés systématiquement chez ces patientes.

Une prise en charge adaptée doit être proposée : lors de la grossesse, une évaluation de l'impact des MSF sur la vie de la victime doit être systématique ainsi que le dépistage des infections urinaires. L'évaluation du périnée permettra d'apprécier la cicatrisation ainsi que l'élasticité périnéale et une désinfibulation doit être programmée dans le cas d'une MSF de type III.

Une psychothérapie de la femme mutilée peut prévenir une réactivation du traumatisme lors de l'accouchement. Ce traumatisme peut fragiliser l'état psychique de la patiente et compromettre l'instauration du lien mère-enfant.

Une information sur le cadre législatif et l'orientation des patientes vers des associations luttant contre cette pratique doit être donnée à chaque victime de MSF. Notre étude comporte de nombreuses limites dont des biais de sélection, d'information et de mémorisation, mais elle reste une ébauche sur l'évaluation de l'impact du lieu de l'accouchement sur les issues maternelles et néonatales des femmes excisées. Il faudrait réaliser une étude cas-témoin multicentrique, prospective et comparative d'un pays africain avec une forte prévalence des mutilations sexuelles féminines et dans un pays occidental qui reçoive un nombre important des femmes excisées. En utilisant les mêmes critères d'inclusion dans les deux pays et en séparant les différents types de mutilations sexuelles féminines pour chaque critère, nous pourrions ainsi mettre en évidence des variations notoires sur l'importance des complications maternelles, notamment l'hémorragie du post-partum et les complications périnéales.

L'étude proposée limiterait de nombreux biais qui ont été rencontrés dans notre travail. De plus, il serait peut être intéressant pour les soignants des différents pays d'avoir une preuve scientifique afin d'évaluer leurs pratiques obstétricales et de lutter contre la pratique des mutilations sexuelles féminines.

Bibliographie

- 1) OMS et al. *Eliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitutions*, 2008, 51p.
- 2) OMS. *Aide-mémoire sur les mutilations génitales féminines*, 2012, no 241.
- 3) BALOGUN.OO. et al. Interventions for improving outcomes for pregnant women who have experienced genital cutting (Protocol). *The Cochrane*, 2012, 12p.
- 4) BOUJAHMA.D. *Les mutilations sexuelles féminines : état des lieux et prise en charge (étude bibliographique)*, mémoire diplôme d'état sage-femme, université de Lille, 2007, p97.
- 5) WHO. Female genital mutilation—new knowledge spurs optimism. *Progress in Sexual and Reproductive Health Research*, no 72, 2006, 8p.
- 6) ANDRO. A., LESCLINGAND.M. Les mutilations sexuelles féminines : Le point sur la situation en Afrique et en France. *Population et Sociétés*, 2007, no 438, 4p.
- 7) VAYSSE.J. Rôle dans la sage-femme de la prévention de mutilation génitale féminine. *Revue sage*, 2006, volume 5 p171-181.
- 8) DIRIE M-A., LINDMARK G. The risk of medical complications after female circumcision .*East Africa Med J*, 1992, 69, p479-82.
- 9) BEHLE A-M. *Les mutilations sexuelles féminines : Qu'en savent les sages-femmes ? Enquête auprès de 179 professionnels de Seine-Maritime*, mémoire du diplôme d'état de sage-femme, CHU Rouen, 2009, 105p.

- 10)OMS et al. Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire Version 2010 : Révisée pour revue sur le terrain. 2010, p163-165.
- 11)OMS et al. Journée internationale, tolérance zéro aux mutilations génitales féminines, 5p.
- 12)GONCALVES.M. *Depuis la nuit du temps, l'époque néolithique puis pharaonique, jusqu'à 3eme millénaire, une pratique inimaginable a été créée par l'homme et réalisée par les femmes contre les femmes : les mutilations sexuelles féminines*, mémoire du diplôme d'état de sage-femme, université de Nantes, 2007, 102p.
- 13) MILLOGO-TRAORE.F et al. Le pronostic maternel et fœtal au cours de l'accouchement chez la femme mutilée. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*, 2007, p.393-398.
- 14) PHILLIPE.H-J et al. Prise en charge pluridisciplinaire des mutilations sexuelles féminines. *Elsevier Masson Sas*, 2008, 15, 1p.
- 15) VERNON.C. *Complications obstétricales et néonatales des mutilations sexuelles féminines*, mémoire diplôme d'état de sage-femme, Université Louis Pasteur, 2007, 74p.
- 16)CARCOPINO.X et al. Les mutilations génitales féminines: généralités, complications et prise en charge obstétricale. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*, 2004, p378-383.
- 17) OMS. Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains. *Lancet*, 2006, 6p.

- 18) INED. Les mutilations sexuelles féminines en France : premiers résultats de l'enquête Excision et Handicap (ExH). Fiche d'actualité, 2009, fiche 10, 3p.
- 19) VACHER.F. lutter contre les mutilations sexuelles. *Société*, 2008, 4p.
- 20) ASILA. M. *Prise en charge spécifique des femmes mutilées sexuellement à la maternité Jean Verdier*, Mémoire diplôme d'état de sage-femme, université paris 5, 2011, p106.
- 21) BENTO.S., BEDDOCK.R., ANTONETTI-NDIAYE.E. Enquête sur la réparation clitoridienne après mutilation sexuelle féminine ; *la Revue Sage-femme* 10, 2011, p208-213.
- 22) KAPLAN et al. Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive Health*, 2011, 8:26.
- 23) GIGNON.M et al. Le rôle des soignants face aux mutilations sexuelles féminines. *soins pédiatrie-puériculture*, 2006, no 245, 3p.
- 24) Direction générale de la santé. Circulaire DGS/SD 2C no 2006-529, 3p.
- 25) FOLDES. P et al. Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle : 453 cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2006,34, p1137–1141.
- 26) MUMTAZ.R., MOHAMMED.H.R. Review obstetric management of women with female genital mutilation. *The obstetrician & gynecologist*, 2007, 9, p95-101.

- 27) WUEST.S et al. Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *BJOG*, 2009,116, p1204–1209.
- 28) BLONDEL B., KERMARREC M. *Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Services de Protection maternelle et infantile des Conseils généraux, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction générale de la santé, Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques, France, 2011, 132p.
- 29) KAMINA.P. *Anatomie Opératoire*. Gynécologie et Obstétrique, édition Maloine, Paris, 2005, 326 p.
- 30) MORISON.L et al. The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Tropical Medicine and International Health*, 2001, volume 6 no 8 p 643-653.
- 31) ANDRO.A et al. *Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice*. Institut national d'études démographiques, France, 2009, 116p.
- 32) MOMOH.C. Female genital mutilation. *Trends in Urology Gynaecology & Sexual Health*, 2010, may/June, 4p.
- 33) <http://www.who.int/fr/>. Consulté le 03-03-2013.
- 34) <http://www.gynsf.org/>. Consulté le 19-02-2013.
- 35) <http://www.federationgams.org/msf.php> consulté le 19-02-2013.
- 36) <http://femmes.gouv.fr/lutte-contre-les-violences-les-mutilations-sexuelles-feminines/>. Consulté le 2013-02-19.

37) <http://www.legifrance.gouv.fr> consulté le 2013-02-19.

38) <http://www.un.org/fr/>. consulté le 25-02-2013.

39) <http://www.endfgm.eu/>. consulté le 02-03-2013.

Annexes

Annexe I : Les différents pays africains qui pratique des MSF avec leur prévalence [20].



Figure 9 : La carte des pays africains qui pratiquent les MSF avec sa prévalence.

Annexe II : Les différents types de MSF pratiqués dans les différents pays africains.

Pays	Type de MSF	Prévalence	Type d'enquêtes et dates
Bénin	I et II	17%	EDS 2001
Burkina-Faso	I et II	77%	EDS 2002
Cameroun	I et II	20%	Pas d'enquête
Côte d'Ivoire	I et II	45%	EDS 1998-99
Djibouti	I, II et III	98%	Pas d'enquête
Egypte	I, II et III	97%	EDS 2003 Echantillon de femmes ayant été mariées au moins une fois
Erythrée	I, II et III	89%	EDS 2002
Ethiopie	I, II et III	80%	EDS 2000
Gambie	I et II	90%	Pas d'enquête
Ghana	I et II	5%	EDS 2003
Guinée Conakry	I, II et III	99%	EDS 1999
Guinée-Bissau	I et II	50%	Pas d'enquête
Kenya	I, II et III	32%	EDS 2003
Libéria	I et II	60%	Pas d'enquête
Mali	I, II et III	92%	EDS 2001
Mauritanie	I et II	71%	EDS 2001
Niger	I et II	5%	EDS 1998
Nigeria	I, II et III	19%	EDS 2003
Ouganda	I et II	5%	Pas d'enquête
Rép.centrafricaine	I et II	50%	MICS 2000
Rép.Dém. du Congo	I et II	5%	Pas d'enquête
Sénégal	I et II	20%	Pas d'enquête
Sierra Léone	I et II	90%	Pas d'enquête
Somalie	III	98%	Pas d'enquête
Soudan	III	90%	MICS 2000 Enquête effectuée dans le Nord du pays Echantillon de femmes ayant été marié au moins une fois
Tanzanie	II et III	18%	EDS 1996
Tchad	II et III	60%	Pas d'enquête
Togo	II	12%	Pas d'enquête

Tableau 10 : Les différents pays africains qui pratiquent les MSF [4].

Annexe III : Les complications de MSF.



Figure 10 : Un kyste chéloïdien [26]



Figure 11 : Une rétention fœtale chez une femme infibulée [26]

Annexe IV : L'article de MILLOGO-TRAORE.F et al : le pronostic maternel et fœtal au cours de l'accouchement chez la femme mutilée.



TRAVAIL ORIGINAL

Pronostic maternel et fœtal au cours de l'accouchement chez la femme excisée

Maternal and foetal prognostic in excised women delivery

F. Millogo-Traore*, S.T.A. Kaba, B. Thieba, M. Akotiongna, J. Lankoande

09 BP 349, Ouagadougou 09, Burkina Faso

Reçu le 24 novembre 2006 ; avis du comité de lecture le 17 janvier 2007 ; définitivement accepté le 1^{er} mars 2007
Disponible sur internet le 06 avril 2007

MOTS CLÉS

Mutilations génitales féminines (MGF) ;
Accouchement ;
Pronostic maternofoetal

Résumé

Introduction. — Les mutilations génitales féminines constituent, de par leur fréquence et leurs complications, un véritable problème de santé publique.

Méthodologie. — Dans le but de comparer les complications maternelles et fœtales de l'accouchement par voie basse chez les femmes excisées et non excisées, nous avons mené une étude comparative cas témoin, impliquant 227 parturientes excisées à la maternité du CHU YO de Ouagadougou.

Résultats. — La prévalence de l'excision du 1^{er} janvier au 31 juillet 2006 a été de 72,86 %. La répartition des différents types de MGF selon la classification OMS était la suivante : type I égal à 27,75 % ; type II égal à 69,61 % et type III égal à 2,64 %. L'âge moyen des parturientes était de 25 ans et 79,30 % des femmes étaient âgées de moins de 30 ans. L'islam est apparu comme un facteur d'exposition à la pratique de l'excision avec 67,40 % des femmes excisées qui la pratiquaient contre 41,90 % chez les non excisées ($p < 0,0001$). Les complications maternelles étaient dominées par la durée d'expulsion fœtale prolongée et les déchirures périnéales. La durée d'expulsion était supérieure à 30 minutes pour 34,56 % des accouchements de femmes excisées soit neuf fois plus fréquemment que chez les femmes non excisées ($p = 0,001$). La fréquence des déchirures périnéales était de 10,13 % dans le groupe des femmes excisées contre 5,73 % dans le groupe des non excisées ($p = 0,008$). Ces lésions périnéales étaient plus fréquentes chez les primipares et les femmes excisées au deuxième et troisième degré. La souffrance néonatale affectait 4,4 % des nouveau-nés de mères excisées contre 0,2 % chez les non excisées ($RR = 5,18$; $p = 0,006$). Dans le groupe des excisées, le taux de mortalité était de 22,03 pour 1000 naissances contre 8,81 pour 1000 naissances dans le groupe des non excisées ($p = 0,22$).

Conclusion. — La prévention de ces complications chez la femme excisée repose essentiellement sur l'épisiotomie et l'extraction instrumentale, en particulier pour les MGF de type III.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fmillogo_traore@caramail.com (F. Millogo-Traore).

KEYWORDS

Female genital
mutilations (FGM);
Childbirth;
Maternal prognosis;
Fetal prognosis

Abstract

Introduction. — The female circumcision constitutes by their frequency and complications a real problem of public health.

Material and method. — Our study aims at comparing the maternal and fetal complications of the spontaneous vaginal delivery in the excised women and non-excised. We led a comparative survey case witness implying 227 excised pregnant women at the maternity in CHU YO of Ouagadougou.

Results. — The prevalence of the excision from January 1st to July 31, 2006 was 72.86%. The distribution of female genital mutilations in this population is the following: type I = 27.75%, type II = 69.61%, type III = 2.64%. The middle age was 25 years and 79.30% of women were aged less than 30 years. Islam appeared like a factor of exposure to the practice of the excision with 67.40% of women excised that practise it against 41.90% at the non-excised group ($P < 0.0001$). The maternal complications were dominated by the duration of fetal expulsion prolonged and perineal tears. The duration of fetal expulsion was superior to 30 minutes for 34.56% of excised woman childbirths 9 times more frequently than women non-excised ($P = 0.001$). The frequency of perineal tears was 10.13% in the group of women excised against 5.73% in the group of the non-excised ($P = 0.008$). These perineal lesions were more frequent with the primiparae and women excised at the 2nd and 3rd degree. The newborn asphyxia affected 4.4% of newborns from mother excised against 0.2% in the non-excised group ($RR = 5.18$; $P = 0.006$). In the group of excised them the rate of mortality was 22.03 for 1000 births, against 8.81 for 1000 births in the group of the non-excised ($P = 0.22$).

Conclusion. — The prevention of these complications with the excised woman rests on the episiotomy and the instrumental extraction in the FGM of type III.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Au Burkina Faso, les mutilations génitales féminines (MGF) sont pratiquées sous forme d'excision dans la totalité des régions culturelles avec une prévalence estimée à 66,35 % en 1996 [2]. Elles constituent de par leur fréquence et leurs complications, un véritable problème de santé publique. L'OMS classe les MGF en quatre types [14] :

- type I : résection du prépuce clitoridien avec ou sans excision d'une partie ou de la totalité du clitoris ;
- type II : excision du prépuce et du clitoris avec ablation partielle ou totale des petites lèvres ;
- type III : ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et grandes lèvres avec suture des moignons des grandes lèvres (infibulation ou circoncision pharaonique) ou sans suture ;
- type IV : autres formes de MGF non classées : le piercing, l'introcision, l'incision du clitoris et/ou des petites lèvres, l'élongation du clitoris et des petites lèvres, la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus avoisinants, le raclage de l'orifice vaginal et l'introduction de substances corrosives ou d'herbes dans le vagin dans le but de l'atrophier.

L'accouchement chez les femmes ayant subi une MGF se complique d'une dystocie d'expulsion avec de fréquentes lésions vulvopérinéales et une souffrance fœtale aiguë [5, 8, 13].

Notre étude aura pour but de comparer les complications maternelles et fœtales de l'accouchement par voie basse chez les femmes excisées, et chez les non-excisées

à la maternité du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU YO) de Ouagadougou.

Méthodologie

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Il s'est agi d'une étude prospective qui a été réalisée au cours d'une période de sept mois, du 1^{er} janvier au 31 juillet 2006. C'est une étude comparative de type cas témoin. Le facteur d'exposition a été dans notre étude l'excision.

Les critères d'inclusion ont été les suivants :

- grossesses uniques avec fœtus vivant en présentation céphalique à l'admission et de poids normal à la naissance ;
- accouchement par voie basse réalisé dans le service ;
- l'appariement a été réalisé selon l'âge (± 2 ans) et la parité (± 1).

Ont été retenus comme critère d'exclusion :

- les accouchements de prématuré ou de gros fœtus ;
- les grossesses multiples ;
- les parturientes avec une pathologie maternelle grave pouvant retentir sur l'état fœtal (prééclampsie, cardiopathie, diabète ;
- les cicatrices utérines (antécédent de césarienne ou de rupture utérine) ;
- les morts fœtales antépartum.

Les données ont été recueillies sur une fiche de collecte. Cette fiche a été remplie dès l'admission et complétée au septième jour du post-partum. Les données ont été analysées par le logiciel Épi info version 3.3.2. Les comparaisons ont été effectuées par le test de χ^2 avec p inférieur à 0,05.

Résultats

Aspects épidémiologiques

Fréquence

Au cours de la période d'étude, la maternité du CHU YO a enregistré 1023 accouchements de femmes excisées sur un total de 1440 accouchements, soit une prévalence de 72,86 %. Pour des raisons d'appariement, les 227 premiers dossiers d'accouchement chez des femmes excisées répondant aux critères d'inclusion ont été retenus pour la présente étude comparative.

Données sociodémographiques

L'âge moyen des parturientes était de 25 ans dans les deux groupes.

Les primipares représentaient 46,70 % ($n = 106$) de l'effectif dans chaque groupe. Les paucipares constituaient 37,88 % de l'effectif des excisées, les multipares 12,33 % et les grandes multipares (> 6 pares) 3,09 % ($p = 0,9$) (Tableau 1).

La religion la plus pratiquée par les parturientes a été la religion musulmane ($\chi^2 = 29,91$; $p < 0,0001$).

Aspects cliniques

Le nombre moyen de consultations prénatales a été de $3,35 \pm 0,99$. Les parturientes ayant bénéficié d'au moins trois consultations prénatales représentaient respectivement 84,58 et 81,06 % de l'effectif des femmes excisées et non excisées ($p = 0,19$). L'âge gestationnel moyen à l'accouchement était de 275 jours soit 39 semaines d'aménorrhée deux jours dans le groupe des excisées contre 274 jours, soit 39 semaines d'aménorrhée un jour ($p = 0,70$).

Les valeurs moyennes de la hauteur utérine étaient de $32,69 \pm 2,14$ cm chez les parturientes excisées et de $32,78 \pm 1,94$ cm chez les parturientes non excisées ($p = 0,65$). L'évaluation de la cicatrice vulvaire dès l'admission des parturientes a noté 69,60 % d'excision du deuxième degré, 27,75 % d'excision du premier degré et 2,64 % d'excision du troisième degré. L'étude du degré

d'excision en fonction des tranches d'âge montre que l'excision du troisième degré a été retrouvée chez les sujets jeunes, âgés de moins de 30 ans.

Un rétrécissement de l'orifice vulvaire avec impossibilité d'effectuer aisément le toucher vaginal avec les deux doigts a été observé chez trois parturientes présentant une excision du troisième degré soit une fréquence de 1,32 % des excisées.

Pronostic de l'accouchement (Tableau 2)

La durée moyenne du travail a été de $4,50 \pm 1,70$ heures chez les parturientes excisées contre une durée moyenne de $5,17 \pm 1,97$ heures chez les parturientes non excisées. La différence observée était statistiquement significative ($p = 0,03$). La durée du travail n'a été évaluée que chez les parturientes admises en première phase du travail d'accouchement. Elle a été considérée prolonger au-delà de huit heures chez la multipare et 12 heures chez la primipare.

La fréquence de l'épisiotomie était corrélée au degré d'excision avec des taux de 34,90 % pour le premier degré, 43 % pour le deuxième degré et 83,30 % pour le troisième degré.

L'étude de l'indication d'épisiotomie en fonction de la parité chez les excisées montre une baisse de sa fréquence avec la parité. Ainsi, l'épisiotomie était indiquée pour 78,4 % des primipares, 37,8 % des deuxième pares et 33,3 % pour les troisième pares ($p < 0,0001$).

Il y a eu neuf déchirures du premier degré (déchirure de la commissure vulvaire) et 14 du second degré (déchirure du muscle bulbocaverneux et de la partie antérieure du noyau fibreux central) (Tableau 3).

L'étude des lésions périnéales a montré que leur importance était fonction de la sévérité de la mutilation. Les mutilations de type III dans notre étude ont bénéficié d'une épisiotomie préventive (cinq cas sur six) ou ont présenté une déchirure périnéale du second degré (un cas sur six).

Le diagnostic des hémorragies de la période de délivrance a été posé chez 7,05 % des excisées, soit 16 cas contre 3,52 % chez les non-excisées, soit huit cas ($p = 0,39$).

L'évolution a été marquée chez cinq accouchées excisées par la survenue dans le post-partum de lâchage de la suture d'épisiotomie dans 1,32 % des cas (trois cas) et d'endométrite du post-partum dans 0,44 % des cas (un cas).

Ces observations ont été faites dans les sept premiers jours du post-partum. Aucune de ces complications n'a été notée dans le groupe des mères non excisées.

Tableau 1 Répartition des parturientes selon les données sociodémographiques
Table 1 Dividing up the women who delivered according to the sociodemographic profile

	Excisées ($n = 227$) Pourcentage	Non-excisées ($n = 227$) Pourcentage	p
Ménagères	63,4	63	0,79
Conjoints rémunérés	81,10	83,20	0,07
Admissions directes	54,20	56,40	0,35
Primipares	46,70	46,70	0,9
Religion musulmane ^a	67,40	41,90	< 0,0001

^a (RR = 1,41 ; $\chi^2 = 29,91$; $p < 0,0001$).

Tableau 2 Répartition des parturientes en fonction du pronostic maternel de l'accouchement
Table 2 Dividing up the women who delivered according to the maternal prognostic of the delivery

	Excisées <i>n</i>	Pourcentage	Non excisées <i>n</i>	Pourcentage (%)	<i>p</i>
<i>Durée du travail</i> ^a					
Prolongée	7	7,95	6	9,68	0,03
Normale	81	92,05	56	90,32	
<i>Durée de l'expulsion</i> ^b					
≤ 15 minutes	12	14,83	50	49,02	0,001
15 à 30 minutes	41	50,61	48		47,06
> 30 minutes	28	34,56	4		3,92
<i>Extractions instrumentales</i> ^c					
Oui	4	1,8	1	0,4	0,39
Non	223	98,2	226	99,6	
<i>Épisiotomie</i> ^d					
Oui	95	41,90	56	24,70	< 0,0001
Non	132	58,10	171	75,30	
<i>Déchirures périnéales</i> ^e					
Oui	23	10,13	13	5,73	0,008
Non	204	89,87	214	94,27	

^a (RR = 0,82 ; $\chi^2 = 4,63$; $p < 0,03$).

^b (RR = 8,81 ; $\chi^2 = 10,49$; $p = 0,001$).

^c ($\chi^2 = 1,85$; $p = 0,39$).

^d ($\chi^2 = 28,43$; $p < 0,0001$).

^e (RR = 1,77 ; $\chi^2 = 9,43$; $p = 0,008$).

Tableau 3 Répartition de ces complications périnéales selon le type de mutilation
Table 3 Board 3. Dividing up the complications according to the kind of mutilation

Type de mutilation	Déchirures du premier degré <i>n</i>	Déchirures du second degré <i>n</i>	Total <i>n</i>
Type I	7	0	7
Type II	2	13	15
Type III	0	1	1
Total	9	14	23

(RR = 15,72 ; $\chi^2 = 9,43$; $p = 0,0004$).

Aucun décès maternel n'a été enregistré dans les deux groupes.

Il n'y a pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne le poids, la taille et le périmètre crânien des nouveau-nés.

L'expulsion prolongée coexistait avec une souffrance néonatale dans 71,43 % des cas (cinq cas sur sept) contre 7,69 % en l'absence d'expulsion prolongée. Cette différence était statistiquement significative ($\chi^2 = 17,80$; $p = 0,006$).

La mortalité était observée avec une fréquence de 14,29 % des cas d'expulsion prolongée (quatre cas sur 28) contre une fréquence de 1,90 % chez les mères ayant eu une durée d'expulsion inférieure à 30 minutes. La différence observée était statistiquement significative (RR = 7,8 ; $p = 0,02$) (Tableau 4).

Discussion

Notre étude a révélé une prévalence de l'excision de 72,86 %. Au plan national, l'enquête démographique donnait en 1996, une prévalence globale de 66,35 %, nettement inférieure au taux que nous avons enregistré [2]. Cette prévalence prenait en compte les fillettes et les enfants, groupes dans lesquels la prévalence de l'excision variait entre

Tableau 4 Répartition des nouveau-nés selon le pronostic fœtal de l'accouchement

Table 4 Dividing up the new borns according to the foetal prognostic

	Excisées (<i>n</i> = 227) %	Non excisées (<i>n</i> = 227) %	<i>p</i>
Score d'Apgar < 7 à 5 ^a	4,40	0,90	0,01
Transfert en néonatalogie	3,96	3,52	0,5
Mortinatalité	2,203	0,881	0,22

^a (RR = 5,18 ; $\chi^2 = 4,19$; $p < 0,01$).

6,5 et 16,3 % comme l'ont montré deux études réalisées par Akotionga et al. [1,2]. La faible prévalence de l'excision chez les fillettes et les enfants s'explique par les actions menées par le Comité national de lutte contre la pratique de l'excision et l'adoption en 1996, de la loi interdisant les MGF. Cependant, les observations faites dans les formations sanitaires en milieu rural burkinabé ont montré une prévalence de 93 % selon Jones et al. [9] en 1998. Notre étude comprenait des femmes en âge de procréer et le site de l'étude a pu également influencer la prévalence que nous avons enregistrée. Dans notre série, l'islam apparaît comme un facteur d'exposition à la pratique de l'excision. Ce lien a été observé dans une précédente étude réalisée

par Akotonga et al. [1] dans une population jeune de Ouagadougou où 53,91 % des fillettes et filles excisées étaient musulmanes, et 45,34 % étaient des chrétiennes.

Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que l'islam est la religion la plus pratiquée dans nos pays et que les pratiquants croient que l'excision est une prescription religieuse [1,13,14]. Il faut cependant souligner le caractère multifactoriel et culturel de la pratique des MGF [2,13,14].

Le travail d'accouchement a été considéré comme prolongé beaucoup plus fréquemment chez les femmes non excisées.

Dans la littérature, certains auteurs notent plutôt un allongement plus important de la seconde phase du travail chez les femmes excisées, en particulier dans les MGF de type III [7,12,13]. Cette observation n'est pas retrouvée par Berardi et al. [3] et certains auteurs estiment que l'allongement de la durée du travail n'est pas en rapport avec la cicatrice périnéale de la MGF [3,4,12]. En effet, la durée du travail est en rapport avec la dynamique utérine et l'état du col utérin. Le périnée ne sera sollicité que lors de la phase d'expulsion. L'expulsion fœtale était prolongée dans le groupe des parturientes excisées. Pour Dolo et al. [6] le risque d'une expulsion prolongée du fœtus était deux fois supérieur chez la femme excisée et était corrélé à l'importance de la mutilation génitale. Cela est lié à la résistance causée par la fibrose du tissu cicatriciel du périnée chez la femme excisée [2,6,12]. La résistance du périnée au cours de l'expulsion fœtale est également plus importante chez les primipares, contribuant à augmenter la durée d'expulsion. L'extraction instrumentale était plus fréquente chez les parturientes excisées, mais la différence n'était statistiquement significative que chez les femmes excisées au troisième degré. Le risque d'une extraction instrumentale était dix fois plus élevé chez les excisées dans l'étude réalisée par Dolo et al. [6] au Mali. La fréquence de cette extraction instrumentale était de 1,1 % chez les excisées. La fréquence des extractions instrumentales peut être jugée insuffisante au regard de la fréquence de 34,56 % d'expulsion prolongée que nous avons enregistrée. Cette insuffisance peut être attribuée à un manque de maîtrise de l'outil d'extraction par les différents prestataires de la salle d'accouchement. La fréquence de l'épisiotomie était corrélée au degré d'excision. L'étude de l'indication de l'épisiotomie en fonction de la parité chez les parturientes excisées montre une baisse de sa fréquence avec la parité ($p < 0,0001$). Nos chiffres sont comparables à ceux de Hakim et al. [7] qui retrouvaient également en pratique hospitalière, une fréquence de l'épisiotomie de 43 % chez les excisées contre 24,6 % chez les non excisées avec une différence statistiquement significative. L'épisiotomie est un acte visant à prévenir les déchirures périnéales chez les femmes excisées [10,11].

Les déchirures périnéales étaient plus fréquentes dans le groupe des parturientes excisées avec une différence statistiquement significative. Le même constat a été fait par Dolo et al. [6] ainsi que par Berardi et al. [3]. Les lâchages de suture d'épisiotomie et l'endométrite constituaient les autres morbidités maternelles observées. La littérature ne fait pas mention des complications maternelles dans le post-partum chez la femme excisée de façon spécifique.

En effet, la qualité de la cicatrisation du périnée dans le post-partum n'a pas été suffisamment appréciée par d'autres auteurs.

Notre étude montre une altération du pronostic fœtal dans le groupe des femmes excisées. Ces résultats sont comparables à ceux de Dolo et al. [6] qui notaient un risque de souffrance néonatale cinq fois plus important chez les femmes excisées que chez celles non excisées. Hakim et al. [7] relevaient également ce risque significativement plus important de souffrance néonatale chez les nouveau-nés de mères excisées. Akotonga et al. [2] relèvent la dystocie d'expulsion chez la femme excisée qui s'accompagne de souffrance néonatale, voire de mort fœtale. La différence du taux de mortalité n'était pas statistiquement significative dans notre étude, mais va quand même dans le sens des résultats de Dolo et al. [6] qui trouvaient également une mortalité de 31,46 pour 1000 naissances chez les femmes excisées contre 6,74 pour 1000 naissances chez les femmes non excisées. Dans la littérature, la morbidité et la mortalité fœtales apparaissent comme étant la conséquence d'une souffrance fœtale aiguë, elle-même liée à la prolongation de la durée d'expulsion du fœtus chez les victimes de MGF [12-14].

Conclusion

Les MGF constituent une pratique dangereuse pour la santé de la mère et du nouveau-né en salle d'accouchement. L'amélioration du pronostic maternel et fœtal chez la femme excisée passe par une attitude préventive qui consistera :

- à réduire la durée d'expulsion fœtale : le personnel de santé des maternités devra donc s'investir dans la maîtrise des techniques d'extraction instrumentale ;
- à poser l'indication de l'épisiotomie en tenant compte du degré d'excision, de la qualité de la cicatrice et de la parité.

Il serait souhaitable que le Comité national de lutte contre la pratique de l'excision (CNLPE) étende la prise en charge des séquelles d'excision aux femmes enceintes.

Références

- [1] Akotonga M, Nikiema AP, Lankoande J, Testa J, Kone B. Mutilations génitales féminines dans la ville de Ouagadougou : épidémiologie-évolution. *Med Afr Noire* 1998;45(8/9):485-90.
- [2] Akotonga M, Zanre Y. Curriculum de formation des médecins en techniques de réparation de complications physiques des mutilations génitales féminines au Burkina Faso. Ouagadougou: Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale SP/CNLPE; 2003 (24 p.).
- [3] Berardi JC, Teillet JF, Godard J. Obstetrical consequences of female circumcision. Study in 71 circumcised African women. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1985;14(6):743-6.
- [4] Carcopino X, Shojai R, Boubli L. Les mutilations génitales féminines, complications et prise en charge obstétricale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2004;33(5):378-83.

- [5] Correa P. Conséquences obstétricales des excisions mutuelles. In: Vokaer R, editor. *Traité d'obstétrique (III)*. Paris: Masson; 1988. p. 603.
- [6] Dolo A, Traoré M, Diabata Diallo FS, Diarra I, Mounkoro N. L'accouchement chez la femme excisée : pronostic materno-fœtal. *J SAGO* 2001;2(1):22-6.
- [7] Hakim L. Impact of female genital mutilation on maternal and neonatal outcomes during parturition. *East Afr Med J* 2001;78 (5):255-8.
- [8] Huston P. Rapport du groupe de travail fédéral interministériel sur la mutilation des organes génitaux féminins. Réseau canadien pour la santé des femmes. Manitoba: Winnipeg; 2000 (38 p.).
- [9] Jones H, Diop N, Askew I, Kabore I. Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes. *Stud Fam Plann* 1999;30(3):219-30.
- [10] Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H. *Pratique de l'accouchement*. Troisième édition. Paris: SIMEP; 2001 (345 p.).
- [11] Merger R. *Précis d'obstétrique*. Quatrième édition. Paris: Masson; 1974 (662 p.).
- [12] Monrozies M, Monrozies X. *Mutilations génitales féminines*. Éditions techniques, Encycl Med Chir, (Paris-France), Gynécologie, 195-A-10, 1995, 4 p.
- [13] OMS. *Les mutilations sexuelles féminines : aperçu du problème*. Genève. 1998 [78 p.].
- [14] OMS. *Les mutilations sexuelles féminines : déclaration commune*. Genève: OMS/UNICEF/UNFPA; 1997 [20 p.].

Annexe V : L'article de l'OMS, mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains.



Organisation
mondiale de la Santé

Publication scientifique

Publication scientifique

Publication scientifique

Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains*

Groupe d'étude OMS sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical

Résumé

Généralités Les données fiables sur les conséquences obstétricales des mutilations génitales féminines sont rares. L'étude porte sur les effets des différents types de mutilations sur le devenir obstétrical des femmes.

Méthodes 28 393 femmes se présentant pour une naissance unique entre novembre 2001 et mars 2003 dans 28 centres d'obstétrique au Burkina Faso, au Ghana, au Kenya, au Nigéria, au Sénégal et au Soudan, ont été examinées avant l'accouchement pour vérifier si elles avaient subi des mutilations ou pas, et ont été classées selon le système de l'OMS : mutilation de type I, excision du prépuce, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris ; mutilation de type II, excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres ; mutilation de type III, excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture ou rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation). Des informations prospectives sur les facteurs démographiques, sanitaires et génésiques ont été recueillies. Les participantes et leurs nouveau-nés ont été suivis jusqu'à la sortie de la mère de l'hôpital.

Résultats Par comparaison avec les femmes n'ayant pas subi de mutilations, les risques relatifs ajustés de certaines complications obstétricales étaient, chez les femmes ayant eu une mutilation de type I, II ou III, respectivement les suivants : césarienne 1,03 (IC 95 % 0,88–1,21), 1,29 (1,09–1,52), 1,31 (1,01–1,70) ; hémorragie du postpartum 1,03 (0,87–1,21), 1,21 (1,01–1,43), 1,69 (1,34–2,12) ; hospitalisation prolongée de la mère 1,15 (0,97–1,35), 1,51 (1,29–1,76), 1,98 (1,54–2,54) ; réanimation du nouveau-né 1,11 (0,95–1,28), 1,28 (1,10–1,49), 1,66 (1,31–2,10), naissance d'un mort-né ou décès néonatal précoce 1,15 (0,94–1,41), 1,32 (1,08–1,62), 1,55 (1,12–2,16) et faible poids de naissance 0,94 (0,82–1,07), 1,03 (0,89–1,18), 0,91 (0,74–1,11). La parité ne semble pas influencer de manière significative sur ces risques relatifs. On estime que les mutilations génitales féminines entraînent une surmortalité périnatale de un ou deux décès pour 100 accouchements.

Interprétation Les femmes qui ont subi des mutilations génitales féminines ont une probabilité nettement plus élevée de complications obstétricales que celles qui n'en ont pas subi. Il semble aussi que le risque augmente avec l'ampleur de la mutilation.

* Traduction de la version originale anglaise avec permission des éditeurs du *Lancet* 2006;367:1835–1841.

Introduction

Par mutilations génitales féminines (MGF) on entend toutes les interventions impliquant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou des lésions de ces organes pour des raisons culturelles ou pour toute autre raison non thérapeutique.¹ Elles sont courantes dans plusieurs pays, principalement en Afrique, et on estime qu'à l'échelle mondiale, plus de 100 millions de petites filles et de femmes en ont subi. La question de savoir si le devenir obstétrical des femmes ayant subi des mutilations génitales est différent de celui de celles qui n'en ont pas subi n'a pas encore reçu de réponse claire, dans la mesure où les études antérieures, de petite taille et limitées sur le plan méthodologique, n'ont pas pu fournir de données fiables, notamment pour les événements importants, comme les décès périnataux.²⁻⁶ Notre étude avait donc pour objectif d'enquêter sur les effets des différents types de mutilations génitales sur un certain nombre d'événements affectant la mère ou le nouveau-né, pendant ou immédiatement après l'accouchement.

Méthodes

Patientes et procédures

Les femmes se présentant pour une naissance unique dans 28 centres d'obstétrique au Burkina Faso (cinq centres), au Ghana (trois centres), au Kenya (trois centres), au Nigéria (six centres), au Sénégal (huit centres) et au Soudan (trois centres) entre novembre 2001 et mars 2003 et ayant donné leur consentement, ont été interrogées pour obtenir des renseignements personnels et connaître leurs antécédents médicaux et obstétricaux. Celles pour qui une césarienne avait été programmée n'ont pas été incluses. Un examen anténatal des organes génitaux externes a été pratiqué sur les participantes par une sage-femme qualifiée de l'étude, afin de vérifier si elles avaient subi une mutilation et, si c'était le cas, d'en déterminer le type. Les femmes et leurs nouveau-nés ont ensuite été suivis jusqu'à la sortie des mères de l'hôpital pour obtenir des précisions sur l'accouchement et leur état de santé. Les femmes qui n'ont pas été contactées pour participer à l'étude étaient celles dont le travail était déjà trop avancé pour permettre l'examen nécessaire des organes génitaux avant l'accouchement et celles qui n'étaient pas en mesure de donner un consentement éclairé. Les accouchements des participantes ont été pratiqués dans les conditions habituelles de chaque centre. Les centres d'études retenus présentaient une grande diversité, allant d'hôpitaux ruraux relativement isolés à de grands établissements universitaires de niveau tertiaire dans les capitales, pour obtenir des patientes présentant l'éventail approprié de mutilations, conformément aux résultats de l'étude pilote faite en 2000 sur 1976 femmes. Les comités OMS d'éthique de la recherche et leurs homologues nationaux ou locaux dans les sites participants ont approuvé l'étude.

Les mutilations des femmes ont été définies en fonction de l'examen des organes génitaux externes et classées selon le système OMS.¹ La sage-femme de l'étude a consigné la taille et le poids des femmes. Au cours de l'étude pilote, on avait constaté une grande variation entre les pays pour la mesure la plus appropriée du statut socio-économique (ex., revenu, nombre de têtes de bétail, logement,

Classification OMS des mutilations génitales féminines

Pas de mutilation : aucune évidence de mutilation génitale

Type I : excision du prépuce, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris

Type II : excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres

Type III : excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture ou rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation)

profession). A cause de ces différences, on a mis au point une mesure unique répartissant les femmes entre statut socio-économique bas, moyen ou élevé à l'aide de critères locaux pertinents et de l'évaluation de la sage-femme. D'autres paramètres de départ ont été définis à partir des informations données par la participante lors de l'entretien.

Les renseignements obtenus pendant le suivi des participantes et de leurs nouveau-nés, notamment concernant un accouchement par césarienne, une épisiotomie, des déchirures périnéales, le poids de naissance, l'indice d'Apgar, la naissance d'un mort-né et un décès maternel ou néonatal, ont été rassemblés par les sages-femmes et les enquêteurs jusqu'à la sortie de la mère de l'hôpital (durée moyenne du suivi : 1,8 jours). On a considéré qu'une femme avait subi une épisiotomie si la sage-femme signalait une épisiotomie postéro-latérale, postérieure ou latérale. Les hémorragies du postpartum ont été mesurées en suivant le protocole de l'essai OMS multicentrique randomisé sur le misoprostol dans la prise en charge de la délivrance.⁷ On a considéré que la femme avait eu une hospitalisation prolongée si la sage-femme de l'étude répondait affirmativement à la question suivante : « La durée de l'hospitalisation a-t-elle été plus longue que d'habitude pour un accouchement ? ». En cas d'accouchement par voie basse, on a également défini l'hospitalisation prolongée comme une hospitalisation de plus de 3 jours, déterminée par le temps écoulé entre la date d'entrée et la date de sortie. Pour le nouveau-né, on a défini la réanimation comme étant le fait d'avoir eu une assistance respiratoire ou de l'air insufflé dans les poumons après la naissance. On a utilisé l'expression « décès périnatal pendant l'hospitalisation » pour tout enfant mort-né ou qui est décédé pendant l'hospitalisation de la mère.

Les copies des entretiens réalisés pour l'étude et les feuilles de résultats ont été envoyées à l'unité centrale de traitement des données du département Santé et recherche génésiques de l'OMS à Genève, où elles ont été codées et saisies en double dans la base de données de l'étude.

Analyse statistique

28 509 femmes ont participé à l'étude. Des données concernant l'âge, la parité, le niveau d'instruction, le domicile urbain ou rural ou la taille ont manqué pour 126 d'entre elles, soit 0,4 %, qui ont été exclues des analyses. Parmi d'autres variables, il y avait une catégorie pour les valeurs manquantes quand la variable en question était utilisée pour procéder à des ajustements. Les taux de réponse ont été élevés avec 97 % des femmes remplissant les critères de l'étude au Kenya, 99 % au Soudan et 100 % au Burkina Faso, au Ghana et au Nigéria. On ne connaît pas les taux de réponse au Sénégal.

Les premières analyses ont porté sur la prévalence de divers facteurs selon la situation par rapport aux mutilations, avec des tests de χ^2 pour l'hétérogénéité, afin d'identifier les facteurs de confusion potentiels. Les analyses principales ont estimé le risque que survienne ou non un événement indésirable chez la mère ou l'enfant, chez les femmes ayant subi une mutilation de type I, II ou III par rapport à des femmes qui n'en ont pas eues. Les odds ratios ajustés ont été calculés par régression logistique inconditionnelle et les risques relatifs approximatifs ajustés (RR) et leur intervalle de confiance (IC) en ont été déduits à partir du nombre total de femmes exposées et non exposées et du nombre total d'événements.

Le centre d'étude, l'âge de la mère, la parité, le niveau d'instruction et le statut socio-économique ont été jugés a priori comme étant des facteurs de confusion. On a considéré que les autres facteurs potentiels de confusion étaient ceux qui, lorsqu'on les ajoutait au modèle, changeaient les odds ratios de 5 % ou plus pour les principaux résultats de l'étude (donnés dans les figures 1 et 2). Le modèle final était ajusté sur le centre

de l'étude, l'âge, la parité, la taille, le niveau d'instruction, le statut socio-économique et le domicile (urbain ou rural) de la mère, la durée du trajet jusqu'à l'hôpital et le nombre de consultations prénatales. Lorsque tous ces facteurs ont été pris en compte, d'autres ajustements sur la situation maritale, la religion, le poids avant l'accouchement, la présence d'une maladie au moment de l'admission n'ont eu matériellement aucun effet sur les résultats. Pour éviter d'exagérer les ajustements, nous n'avons pas pris en compte les antécédents d'événements obstétricaux indésirables, dans la mesure où ils pouvaient être aussi dus à des complications associées aux mutilations.

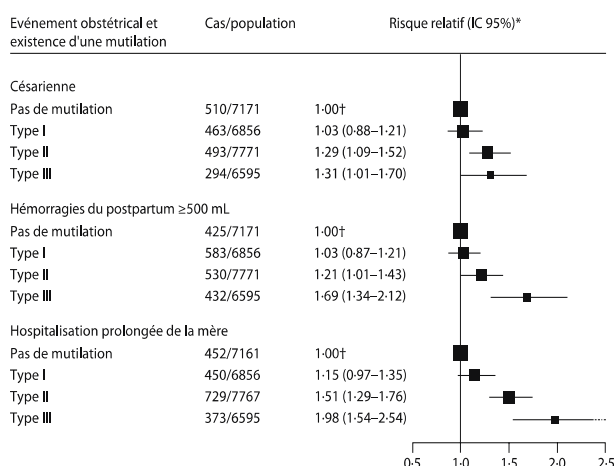


Figure 1 : Risque relatif d'effets indésirables pour la mère chez les femmes ayant subi une mutilation de type I, II ou III par rapport aux femmes qui n'en ont pas eues

*Ajusté sur le centre d'étude, l'âge, la taille, la parité, le niveau d'instruction, le statut socio-économique et le domicile urbain ou rural de la mère, la durée du trajet jusqu'à l'hôpital et les soins prénatals. † Groupe de référence ; des modèles distincts ont été utilisés pour comparer les femmes sans mutilation et celles avec une mutilation de type I, sans mutilation et une mutilation de type II, sans mutilation et une mutilation de type III. Dans les figures 1 à 3, la surface des carrés noirs est inversement proportionnelle à la variance du logarithme du risque relatif.

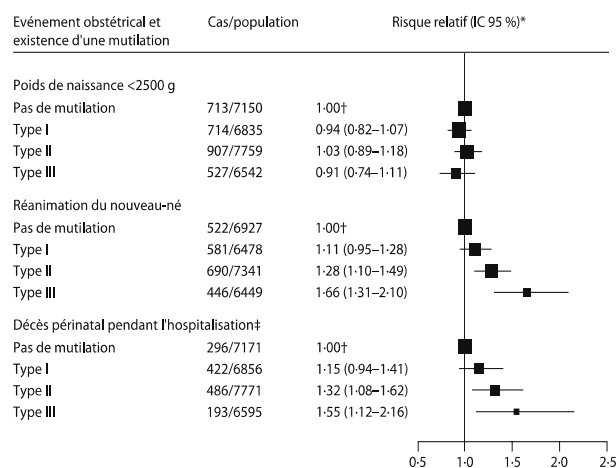


Figure 2 : Risque relatifs d'effets indésirables pour le nouveau-né chez les femmes ayant subi une mutilation de type I, II ou III par rapport aux femmes qui n'en ont pas eues

*Ajusté sur le centre d'étude, l'âge, la taille, la parité, le niveau d'instruction, le statut socio-économique et le domicile urbain ou rural de la mère, la durée du trajet jusqu'à l'hôpital et les soins prénatals. † Groupe de référence ; des modèles distincts ont été utilisés pour comparer les femmes sans mutilation et celles avec une mutilation de type I, sans mutilation et une mutilation de type II, sans mutilation et une mutilation de type III. ‡ Enfants mort-nés ou décédés pendant l'hospitalisation de la mère.

Les liens avec les événements observés ont été examinés pour toutes les femmes ensemble, puis séparément pour les primipares et les multipares, sauf pour ceux concernant l'épisiotomie et les déchirures périnéales, présentés séparément uniquement pour les primipares et les multipares. L'hétérogénéité des résultats en fonction du centre d'étude et de la parité a été examinée à l'aide de tests de Mantel-Haenszel sur les RR ajustés sur les strates. L'utilisation de modèles distincts pour chaque type de mutilation, par rapport au groupe de référence de femmes sans mutilation, a été décidée a priori, et a empêché de réaliser des tests pour établir les tendances en fonction de l'étendue de la mutilation. Nous avons estimé l'effet des mutilations génitales sur le risque absolu de décès périnatal en appliquant le RR global pour tous les types de mutilations aux taux de base des décès périnatals habituels des pays où cette étude a été menée.⁸ Les analyses ont été faites à l'aide du programme de calculs statistiques STATA (version 8).

Rôle du bailleur de fonds

Le promoteur de l'étude n'a joué aucun rôle dans la conception de celle-ci, ni dans la collecte, l'analyse ou l'interprétation des données, ni dans la rédaction du rapport. Le groupe de rédaction a eu pleinement accès à toutes les données de l'étude et a eu la responsabilité de décider en dernier ressort de la soumission du rapport pour publication.

Résultats

Après avoir procédé aux exclusions, on a disposé de données concernant 28 393 femmes pour l'analyse (tableau 1). Comme on s'y attendait, la répartition des types de mutilations a varié fortement en fonction du pays dans lequel les femmes ont été recrutées pour l'étude (tableau 1), et en fonction du centre dans un même pays (données non présentées). Bien que les participantes n'aient pas été représentatives de la population générale ou n'en aient pas été issues directement, ces prévalences correspondent en gros aux quelques données que l'on a sur les mutilations sexuelles dans ces pays.^{1,9} La répartition a également varié fortement en fonction des caractéristiques générales rapportées dans le tableau 2.

	Pas de mutilation	Type I	Type II	Type III	Total
Burkina Faso	938 (19%)	1097 (23%)	2172 (45%)	609 (13%)	4816
Ghana	1841 (60%)	353 (11%)	867 (28%)	33 (1%)	3094
Kenya	1681 (40%)	865 (21%)	1201 (29%)	420 (10%)	4167
Nigéria	646 (12%)	3369 (63%)	1310 (24%)	41 (1%)	5366
Sénégal	733 (21%)	837 (24%)	1850 (54%)	29 (1%)	3449
Soudan	1332 (18%)	335 (5%)	371 (5%)	5463 (73%)	7501
Total	7171 (25%)	6856 (24%)	7771 (27%)	6595 (23%)	28393

Les données sont les nombres (%) de femmes

Tableau 1 : Répartition des mutilations et total dans chaque pays

Au total, 1760 femmes (6 %) ont été accouchées par césarienne et 1970 (7 %) ont présenté une hémorragie du postpartum d'au moins 500 ml. Les femmes ayant subi une mutilation de type II ou III avaient une probabilité significativement plus élevée de devoir accoucher par césarienne ou d'avoir une hémorragie du postpartum d'au moins 500 ml ou plus que celles qui n'avaient pas eu de mutilation (figure 1). En excluant les femmes ayant eu une césarienne de l'analyse des hémorragies du postpartum, les RR ont été de 1,04 (0,83–1,28) pour les mutilations de type I, 1,22 (0,96–1,54) pour les mutilations de type II et 1,96 (1,45–2,63) pour les mutilations de type III, par comparaison

	Pas de mutilation	Type I	Type II	Type III	Total	p*	
Ensemble des femmes	7171 (25%)	6856 (24%)	7771 (27%)	6595 (23%)	28 393 (100%)†		
Age (en années)							
<20	1201 (17%)	974 (14%)	1232 (16%)	633 (10%)	4040 (14%)	<0.0001	
20–24	2421 (34%)	1614 (24%)	1989 (26%)	1661 (25%)	7685 (27%)		
25–29	1861 (26%)	2013 (29%)	1990 (26%)	1946 (30%)	7810 (28%)		
30–34	996 (14%)	1360 (20%)	1416 (18%)	1336 (20%)	5108 (18%)		
≥ 35	692 (10%)	895 (13%)	1144 (15%)	1019 (16%)	3750 (13%)		
Age moyen (écart-type)	25.2 (5.9)	26.6 (6.2)	26.4 (6.6)	27.1 (6.0)	26.3 (6.2)		
Niveau d'instruction							
Aucun	2473 (35%)	1872 (27%)	3603 (46%)	1082 (16%)	9030 (32%)	<0.0001	
Primaire/informel	2687 (38%)	2495 (36%)	2636 (34%)	2029 (31%)	9847 (35%)		
Secondaire	1662 (23%)	1740 (25%)	1186 (15%)	2537 (39%)	7125 (25%)		
Tertiaire	349 (5%)	749 (11%)	346 (5%)	947 (14%)	2391 (8%)		
Statut socio-économique							
Bas	2738 (38%)	2699 (39%)	3537 (46%)	1100 (17%)	10 074 (35%)	<0.0001	
Moyen	4212 (59%)	3894 (57%)	3982 (51%)	5254 (80%)	17 342 (61%)		
Élevé	221 (3%)	263 (4%)	252 (3%)	241 (4%)	977 (3%)		
Appartenance religieuse							
Christianisme	4226 (59%)	3419 (50%)	2584 (33%)	383 (6%)	10 612 (37%)	<0.0001	
Islam	2570 (36%)	3142 (46%)	4818 (62%)	6176 (94%)	16 706 (59%)		
Autres	375 (5%)	294 (4%)	368 (5%)	368 (6%)	1405 (5%)		
Naissances vivantes antérieures (parité)							
0	3782 (53%)	3274 (48%)	3294 (42%)	2489 (38%)	12 839 (45%)	<0.0001	
1	896 (13%)	831 (12%)	1052 (14%)	956 (15%)	3735 (13%)		
2	859 (12%)	754 (11%)	955 (12%)	919 (14%)	3487 (12%)		
3	602 (8%)	628 (9%)	743 (10%)	666 (10%)	2639 (9%)		
4	431 (6%)	498 (7%)	600 (8%)	526 (8%)	2055 (7%)		
≥ 5	601 (8%)	871 (13%)	1127 (15%)	1039 (16%)	3638 (13%)		
Moyenne (écart-type)	1.4 (2.0)	1.8 (2.3)	1.9 (2.3)	2.1 (2.4)	1.8 (2.3)		
Domicile							
Rural	2924 (41%)	2487 (36%)	3300 (43%)	1857 (28%)	10 568 (37%)		<0.0001
Urbain	4247 (59%)	4369 (64%)	4471 (58%)	4738 (71%)	17 825 (63%)		
Durée du trajet jusqu'à l'hôpital							
<30 min	2951 (41%)	3559 (52%)	4327 (56%)	1427 (22%)	12 264 (43%)	<0.0001	
30–59 min	2319 (32%)	2206 (32%)	1882 (24%)	2408 (37%)	8815 (31%)		
60–119 min	1320 (18%)	610 (9%)	913 (12%)	2043 (31%)	4886 (17%)		
>119 min	508 (7%)	289 (4%)	466 (6%)	706 (11%)	1969 (7%)		
Moyenne (écart-type)	41.5 (53.4)	32.6 (42.0)	36.2 (56.8)	53.5 (61.2)	40.8 (54.4)		
Nombre de consultations prénatales							
0	372 (5%)	899 (13%)	407 (5%)	205 (3%)	1883 (7%)	<0.0001	
1–3	2131 (30%)	1945 (28%)	3479 (45%)	1076 (16%)	8631 (30%)		
≥ 4	4591 (64%)	3664 (53%)	3627 (47%)	5281 (80%)	17 163 (60%)		
Moyenne (écart-type)	4.8 (2.8)	4.6 (3.5)	4.0 (2.6)	6.2 (2.7)	4.9 (3.0)		
Poids avant l'accouchement (kg)							
<50	260 (4%)	307 (5%)	369 (5%)	122 (2%)	1058 (4%)	<0.0001	
50–59	1988 (28%)	1826 (27%)	2157 (28%)	943 (14%)	6914 (24%)		
60–69	2999 (42%)	2432 (36%)	3029 (39%)	2162 (33%)	10 622 (37%)		
70–79	1322 (18%)	1467 (21%)	1503 (19%)	2029 (31%)	6321 (22%)		
≥ 80	578 (8%)	806 (12%)	686 (9%)	1332 (20%)	3402 (12%)		
Moyenne (écart-type)	64.1 (10.3)	65.4 (11.2)	64.3 (10.4)	68.3 (10.9)	68.3 (11.3)		
Taille (cm)							
<150	215 (3%)	188 (3%)	193 (3%)	112 (2%)	708 (2%)	<0.0001	
150–159	2523 (35%)	2446 (36%)	2335 (30%)	1777 (27%)	9081 (32%)		
160–169	3268 (46%)	3248 (47%)	4144 (53%)	3235 (49%)	13 895 (49%)		
≥ 170	1165 (16%)	974 (14%)	1099 (14%)	1471 (22%)	4709 (17%)		
Moyenne (écart-type)	161.6 (7.5)	161.3 (7.3)	162.1 (6.8)	162.3 (7.7)	161.8 (7.3)		
IMC avant l'accouchement (kg/m²)							
<25	3892 (54%)	3527 (51%)	4270 (55%)	2633 (40%)	14 322 (50%)	<0.0001	
25–29	2559 (36%)	2404 (35%)	2713 (35%)	2960 (45%)	10 636 (37%)		
≥ 30	696 (10%)	907 (13%)	761 (10%)	995 (15%)	3359 (12%)		
Moyenne (écart-type)	24.6 (3.8)	25.1 (3.9)	24.5 (3.8)	24.5 (4.1)	25.0 (3.9)		
Maladie existante							
Non	6642 (93%)	6218 (91%)	6631 (85%)	5973 (91%)	25 464 (90%)	<0.0001	
Oui	527 (7%)	637 (9%)	1140 (15%)	622 (9%)	2926 (10%)		
Les données sont les nombres (%) de femmes, sauf autre indication. IMC = Indice de masse corporelle.							
* Test χ^2 pour l'hétérogénéité. † Seule ligne pour laquelle les pourcentages sont calculés sur la ligne.							
Tableau 2 : Répartition des mutilations génitales en fonction des caractéristiques générales							

Tableau 2 : Répartition des mutilations génitales en fonction des caractéristiques générales

avec les femmes sans mutilation. Les femmes ayant subi une mutilation avaient également une probabilité plus élevée de prolongation de l'hospitalisation (figure 1). Pour les femmes ayant accouché par voie basse, les RR de séjour à l'hôpital de plus de 3 jours ont été de 1,19 (1,01–1,41) pour les mutilations de type I, 1,55 (1,31–1,83) pour les mutilations de type II et 2,34 (1,59–3,45) pour les mutilations de type III par comparaison avec les femmes sans mutilation. Le risque présente les mêmes caractéristiques pour les femmes n'ayant jamais accouché auparavant et les autres.

Chez les primipares, la proportion de celles ayant eu une épisiotomie allait de 41 % chez celles qui n'avaient pas eu de mutilation à 88 % pour celles ayant subi une mutilation de type III ; chez les multipares, les proportions étaient respectivement de 14 % et 61 %. Les RR d'épisiotomie (avec ou sans déchirure périnéale) chez les primipares ont été de 1,31 (IC 95 % 1,20–1,44) pour les mutilations de type I, 1,47 (1,34–1,60) pour les mutilations de type II et 1,84 (1,70–1,97) pour les mutilations de type III, par comparaison avec les femmes sans mutilation. Chez les multipares, les RR étaient de 1,75 (1,47–2,09) pour les mutilations de type I, 2,02 (1,69–2,42) pour les mutilations de type II et 2,16 (1,91–2,44) pour les mutilations de type III par comparaison avec les femmes sans mutilation. Chez les femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie, les RR de déchirure périnéale pour les primipares ont été de 1,31 (1,03–1,66) pour les mutilations de type I, 1,92 (1,50–2,47) pour les mutilations de type II et 3,19 (1,91–4,74) pour les mutilations de type III, par comparaison avec les femmes sans mutilation. Chez les multipares, les RR ont été de 1,37 (1,07–1,75) pour les mutilations de type I, 2,17 (1,69–2,82) pour les mutilations de type II et 1,93 (1,07–3,38) pour les mutilations de type III, par comparaison avec les femmes sans mutilation. On a observé une grande hétérogénéité dans le RR d'épisiotomie en fonction du centre d'étude.

Le nombre de femmes décédées pendant l'hospitalisation a été de 54 (0,19 %), dont 9 (0,13 %) chez celles sans mutilation, 15 (0,22 %) chez celles avec une mutilation de type I, 23 (0,30 %) chez celles avec une mutilation de type II et 7 (0,11 %) chez celles avec une mutilation de type III. Les RR de décès maternel pendant l'hospitalisation, ajustés sur les facteurs de confusion potentiels décrits plus hauts, ont été de 1,39 (0,40–4,84) pour les mutilations de type I, 5,80 (1,77–19,01) pour les mutilations de type II et 1,57 (0,24–10,22) pour les mutilations III, par comparaison avec les femmes sans mutilation. L'ajustement supplémentaire sur les maladies présentes lors de l'admission à l'hôpital donne les RR suivants : 1,29 (0,36–4,60) pour les mutilations de type I, 4,18 (1,24–14,08) pour les mutilations de type II et 1,56 (0,25–9,92) pour les mutilations de type III. Il convient de noter l'importance des intervalles de confiance autour de ces estimations.

Pour les nouveau-nés, 2 861 (10 %) pesaient moins de 2500 g à la naissance, 2239 (8 %) sont nés vivants mais ont dû être réanimés, et 1400 (5 %) sont mort-nés ou sont décédés peu après la naissance. Il n'y a pas de relation significative entre les mutilations génitales et le risque d'avoir un nouveau-né de moins de 2500 g (figure 2). Le RR d'avoir un enfant ayant besoin d'une réanimation à la naissance a été significativement plus élevé chez les femmes ayant subi une mutilation de type II ou III que chez celles n'ayant pas eu de mutilation (figure 2). Le RR global (tous types de mutilations confondus) de décès périnatal est nettement plus élevé pour les enfants des femmes ayant subi une mutilation de type II ou III, que pour les enfants des femmes n'ayant pas eu de mutilations (figure 2). Par comparaison avec les femmes sans mutilation, le RR de mort du fœtus à l'accouchement (n = 737) a été de 1,34 (1,00–1,80) pour les mutilations de type I, 1,48 (1,10–2,01) pour les mutilations de type II et 2,15 (1,32–3,51) pour les mutilations de type III. Les RR de fœtus macéré (n = 448) ont été respectivement de 1,06 (0,74–1,51), 1,22 (0,83–1,76) et 1,55 (0,83–2,88). Pour les enfants nés vivants, il n'y a pas eu de différences significatives dans la proportion de nouveau-nés ayant un indice d'Apgar inférieur à 4 selon que la mère avait subi ou non une mutilation, pas plus que l'on n'a observé de différences significatives dans la proportion d'enfants nés vivants et décédés avant la sortie de la mère de l'hôpital.

On a testé l'hétérogénéité des résultats d'ensemble selon les centres d'obstétrique et la parité de la mère. On a constaté une hétérogénéité importante entre les centres pour tous les types de mutilations en ce qui concerne le RR d'épisiotomie ($p < 0,0001$) et, pour les mutilations de type I ($p = 0,04$) et II ($p = 0,009$), concernant les déchirures périnéales. Les RR d'épisiotomie de chaque centre font apparaître une élévation variable du risque pour les femmes ayant subi une mutilation en fonction du centre (données non présentées). Sur les 18 autres comparaisons, une nette hétérogénéité en fonction du centre est apparue pour 3 RR : hémorragie du postpartum supérieure à 500 ml pour les mutilations de type III par comparaison avec les femmes sans mutilation ($p = 0,048$) ; hospitalisation prolongée de la mère pour les mutilations de type I par comparaison avec les femmes sans mutilation ($p = 0,001$) et réanimation du nouveau-né pour les mutilations de type III par comparaison avec les femmes sans mutilation ($p = 0,004$).

Taux chez les femmes sans mutilation	Taux estimé chez les femmes ayant une mutilation	Différence
40	51	11
50	64	14
60	77	17

Tableau 3 : Incidences estimées des décès périnatals chez les enfants nés de femmes avec ou sans mutilation

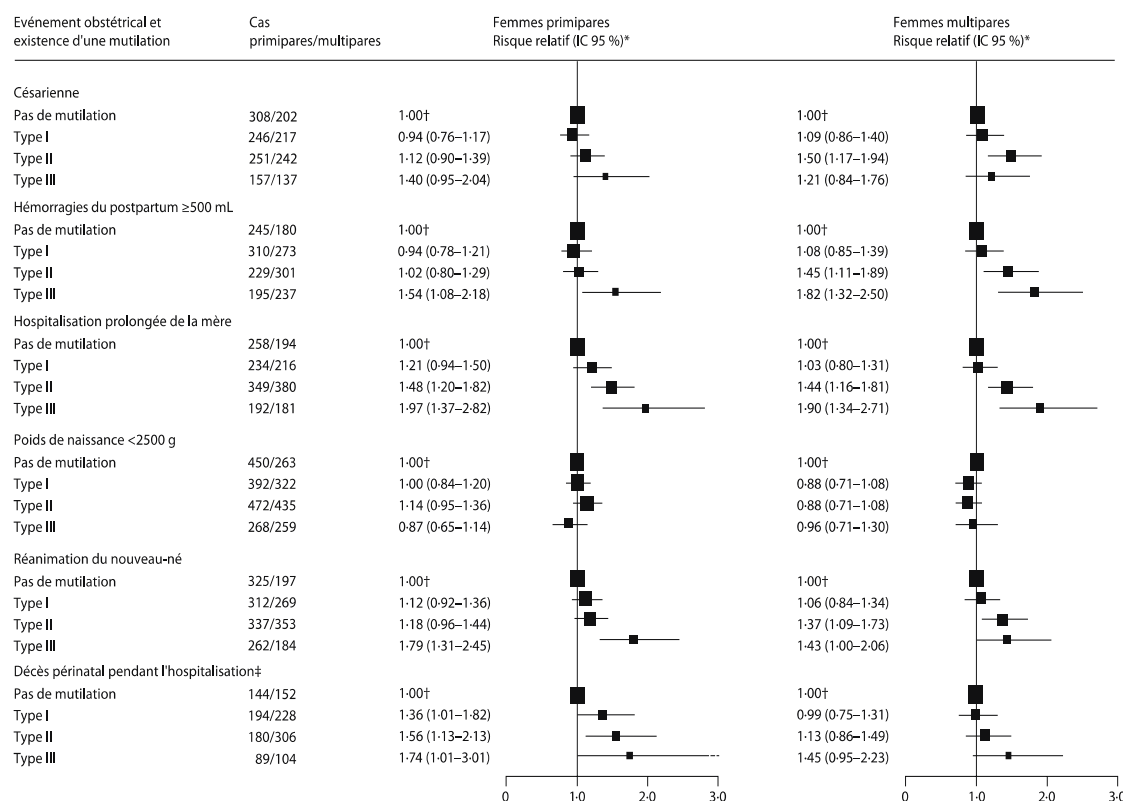


Figure 3 : Risque relatif d'événement obstétrical indésirable chez les femmes ayant subi des mutilations de type I, II, ou III par comparaison avec les femmes sans mutilation et en fonction de la parité

* Ajusté sur le centre d'étude, l'âge, la taille, le nombre d'enfants (chez les multipares), le niveau d'instruction, le statut socio-économique, le domicile urbain ou rural de la mère, la durée du trajet jusqu'à l'hôpital, et les soins prénatals. † Groupe de référence ; des modèles distincts ont été utilisés pour comparer les femmes sans mutilation et celles avec une mutilation de type I, sans mutilation et une mutilation de type II, sans mutilation et une mutilation de type III. ‡ Enfants mort-nés ou décédés pendant l'hospitalisation.

Globalement, l'effet des mutilations sur les événements obstétricaux présentés à la figure 3 ne varie pas nettement selon qu'il s'agit de femmes primipares ou multipares. Sur les 18 tests d'hétérogénéité effectués pour comparer l'effet du type de mutilation sur chaque événement obstétrical entre primipares et multipares, 17 n'ont pas donné de résultats significatifs et, pour la dernière comparaison, (effet de la mutilation de type II sur l'hémorragie du postpartum chez la primipare ou la multipare), la valeur de *p* s'est établie à 0,045. Compte tenu de l'absence de différence nette entre les groupes et du nombre de comparaisons effectuées, cette constatation pourrait être le fruit du hasard.

Le RR global de mortalité ou de décès du nouveau-né pendant l'hospitalisation de la mère a été de 1,28 (1,12–1,46) pour les femmes ayant subi une mutilation par comparaison avec celles qui n'en avaient pas subi. Le tableau 3 présente l'estimation de l'effet des mutilations sur le taux absolu de mortalité périnatale, pour des taux de mortalités habituellement enregistrés dans la région où l'étude a été menée. La surmortalité attribuable aux mutilations va de 11 à 17 pour 1000 accouchements, par rapport à des taux de mortalité de base de 40 à 60 pour 1000 naissances. Sur la base du RR global, on peut attribuer aux mutilations 22 % (11–32) des décès périnataux d'enfants nés de femmes ayant subi une mutilation génitale.

Discussion

Les résultats montrent que, chez les femmes ayant subi des mutilations génitales, la probabilité de complications à l'accouchement, à savoir : césarienne, hémorragie du postpartum, épisiotomie, hospitalisation prolongée, réanimation du nouveau-né, décès périnatal pendant l'hospitalisation de la mère, est significativement plus élevée que lorsque la femme n'a pas eu de mutilation. Il n'y a par ailleurs aucun lien significatif entre les mutilations et le risque d'avoir un enfant de faible poids de naissance.

Cette grande étude prospective a été réalisée dans des centres d'obstétrique situés dans des pays où les mutilations sexuelles féminines sont courantes et elle a été conçue spécialement pour examiner les rapports entre les différents types de mutilations et les séquelles obstétricales. La puissance de l'étude était suffisante pour examiner les effets des différents types de mutilations sur toute une série d'événements obstétricaux, y compris des complications importantes mais moins courantes, comme le décès périnatal pendant l'hospitalisation de la mère, qui n'avaient pas encore fait l'objet d'une étude fiable.

La plupart des femmes ayant subi des mutilations génitales vivent dans des pays disposant d'infrastructures limitées pour les soins de santé ou la recherche en santé. Pour des raisons pratiques, l'étude a été réalisée dans des hôpitaux et il est probable qu'il y ait eu une surreprésentation des femmes ayant des accouchements compliqués ou à haut risque et de celles ayant les moyens de s'offrir des soins hospitaliers. En conséquence, il n'est peut-être pas possible de généraliser les taux absolus de complications aux femmes de l'ensemble de la population de ces pays. En revanche, la constatation générale d'une élévation du risque de complications obstétricales chez les femmes ayant subi des mutilations génitales pourra sans doute s'appliquer plus largement, même si la fréquence et les conséquences de ces complications pourraient être différentes chez des femmes accouchant ailleurs qu'à l'hôpital. Par exemple, les hémorragies du postpartum et les dystocias auront probablement des conséquences beaucoup plus graves en dehors du milieu hospitalier. Ces résultats ne s'appliquent pas aux

femmes pour lesquelles une césarienne a été programmée, car elles ont été exclues d'emblée de l'étude. La constatation d'une hétérogénéité importante du RR d'épisiotomie (et les résultats qui en découlent pour les déchirures périnéales) entre les centres pour tous les types de mutilations peut faire penser à des différences de pratiques entre les centres. Bien qu'il faille interpréter avec prudence les RR globaux que nous présentons, les estimations par centre donnent à penser que la constatation générale d'un plus grand risque d'épisiotomie pour les femmes ayant subi des mutilations génitales que pour les autres s'applique largement dans la population étudiée. L'absence d'un schéma uniforme d'hétérogénéité suivant les centres ou la parité des mères pour tout autre événement étudié est rassurante. Cette absence et la probabilité de résultats qui soient le fruit du hasard en raison du grand nombre de comparaisons faites laissent entendre que les RR pour les principales observations peuvent être considérés comme une bonne synthèse des résultats de l'étude dans son ensemble.

Les événements pris en compte dans l'étude ont été limités à ceux qui se sont produits pendant l'hospitalisation des participantes. Il en résulte donc que les effets à plus long terme des mutilations, comme les infections du postpartum, les fistules, la mortalité néonatale tardive ou la mortalité infantile, n'ont pas pu être étudiés. Les études pilotes initiales ont montré qu'un suivi plus long n'aurait pas été faisable en raison de la proportion importante de patientes perdues de vue. Certains centres de l'étude obtiennent néanmoins des informations sur les événements plus tardifs et feront à ce sujet des rapports séparés. Bien que les sages-femmes de l'étude aient été formées au classement des différents types de mutilations génitales et rompues aux soins à apporter aux femmes qui en ont subies, il n'y a pas eu de validation indépendante de la détermination des mutilations présentées par les femmes. Cependant, la conception générale de l'étude était de nature prospective, de sorte que toute erreur de classification aurait eu tendance à avoir un effet nul. Les sages-femmes de l'étude savaient peut-être quelles mutilations présentaient les femmes au moment de consigner certains événements et cette connaissance peut avoir influé sur leurs mesures ou leur interprétation, en particulier pour des résultats plus subjectifs, comme la prolongation de l'hospitalisation maternelle ou les hémorragies du postpartum. Toutefois, l'orientation ou la forme que ce biais potentiel pourrait prendre reste mal connue et les résultats concernant les événements risquant d'être affectés par l'attitude des sages-femmes restent conformes à ceux ayant trait à des événements mesurés de façon plus objective, comme les césariennes, les décès périnataux ou la prolongation de l'hospitalisation maternelle au-delà de trois jours pour les accouchements par voie basse.

La pratique de mutilations génitales et le geste mis en œuvre dépendent de facteurs culturels et sociaux. Les femmes qui ont participé à l'étude appartenaient à plus de 120 groupes ethniques. Il y a un lien étroit entre les mutilations et les groupes ethniques^{9,10} de sorte que, pour cet ensemble de données, un ajustement en fonction de l'appartenance ethnique n'était ni opportun, ni faisable en raison de la probabilité de surajustement. Par exemple, 97 % des femmes arabes et 96 % des Nubiennes au Soudan, 99 % des femmes embu au Kenya et 98 % des femmes bini au Nigéria avaient subi une mutilation, alors que 90 % des femmes wolof au Sénégal et 88 % des femmes frafra au Ghana n'en avaient pas subie. Des facteurs démographiques et sociaux jouent aussi un

rôle (tableau 2). Les résultats généraux ont été ajustés sur nombre de ces facteurs, y compris ceux considérés comme faisant probablement le lien entre l'appartenance ethnique et les événements obstétricaux, à savoir: le centre de l'étude, l'âge, la parité, la taille, le niveau d'instruction, la situation socio-économique, le domicile urbain ou rural, la durée du trajet jusqu'à l'hôpital, les soins prénatals. Bien qu'il soit théoriquement possible que les effets observés ici ne soient pas directement attribuables aux mutilations génitales, mais résultent d'un biais ou d'une confusion résiduelle avec l'appartenance ethnique ou un autre facteur, cet ajustement, et le fait que les résultats soient statistiquement homogènes dans plusieurs centres d'études, et donc plusieurs groupes ethniques, rendent cette éventualité improbable. L'augmentation progressive du risque d'issues néfastes associées à l'ampleur de la mutilation génitale pratiquée, les RR les plus élevés étant observés avec les mutilations génitales de type II et III, semble également indiquer qu'il y a bien une relation de cause à effet. Le fait qu'il n'y ait aucune association entre les mutilations et le poids de naissance et la force du lien qui associe les mutilations aux morts de fœtus pendant l'accouchement plaident aussi en faveur de cette relation de cause à effet, en tendant à indiquer que les observations faites ne sont pas dues à une augmentation du risque général d'événements obstétricaux néfastes chez la femme ayant subi des mutilations génitales, mais plutôt des risques plus spécifiquement liés à des difficultés lors de l'accouchement.

Des études antérieures plus réduites avaient déjà donné à penser que des événements obstétricaux indésirables, comme l'épisiotomie,² les déchirures périnéales,³⁻⁵ les dystocias,^{2,5} les hémorragies du postpartum,^{3,5} la baisse de l'indice d'Apgar,^{2,5} pouvaient être plus fréquents chez les femmes ayant subi une mutilation génitale.^{3,5} Toutefois, des données fiables sur les effets des différents types de mutilations pour certains événements obstétricaux bien spécifiques sont rares, car les études précédentes ont abouti à des résultats contradictoires,^{3,4} ont rarement pris en compte les facteurs de confusion potentiels,^{2,5} n'ont pas porté sur les effets des différents types de mutilations^{2,3,5} ou se sont fondées sur les complications obstétricales signalées spontanément.^{3,4} Elles n'avaient pas non plus une puissance suffisante pour pouvoir porter sur des issues importantes comme la mortalité ou la mortalité néonatale précoce.

Le mécanisme par lequel les mutilations génitales pourraient entraîner des issues obstétricales néfastes n'est pas clair. Bien que les habitudes varient d'un pays à l'autre, on pratique en général les mutilations sur les petites filles de moins de 10 ans, mutilations qui entraînent la formation d'un tissu cicatriciel plus ou moins épais. La présence de ce tissu, moins souple que le tissu périnéal normal, pourrait provoquer divers degrés d'obstruction, des déchirures, ou rendre nécessaires des épisiotomies.⁶ La prolongation de la deuxième phase du travail, ainsi que des effets directs sur le périnée, pourraient être à l'origine des observations faisant état d'un risque accru de lésions périnéales, d'hémorragies du postpartum, de réanimation de l'enfant et de mort du fœtus pendant l'accouchement, associé aux mutilations génitales. On n'a pas pu mesurer d'une manière fiable la durée de la troisième phase du travail pour notre étude en raison du fait que la bonne pratique obstétricale impose de ne pas faire de touchers vaginaux trop fréquents. Par ailleurs, le risque accru de césarienne chez la femme ayant subi des mutilations génitales de type II ou III pourrait en théorie masquer un effet sur la durée de la troisième phase du travail chez ces femmes. Il apparaît que les mutilations génitales sont associées à une fréquence accrue des infections génito-urinaires, ce qui pourrait avoir aussi des répercussions sur les issues obstétricales.^{3,5,11}

Comme dans bien d'autres pays et régions où les mutilations génitales féminines sont répandues, les taux de base des issues néfastes pour la mère ou le nouveau-né sont élevés dans les pays de l'étude, avec une probabilité à la naissance de décès maternel allant de 1 femme sur 35 au Ghana à 1 femme sur 12 au Burkina Faso et des taux estimés de mortalité périnatale allant de 44 pour 1000 naissances vivantes au Soudan à 88 pour 1000 au Nigéria.⁸ L'augmentation du RR d'issues obstétricales néfastes accompagnant les mutilations génitales présentée ici se produit donc par rapport à des taux de base de morbidité et de mortalité déjà élevés. Il est donc probable que les mutilations génitales entraînent un nombre important de cas supplémentaires d'issues obstétricales néfastes dans de nombreux pays, les estimations présentées ici donnant à penser qu'elles pourraient être à l'origine d'un à deux décès périnataux supplémentaires pour 100 accouchements chez les Africaines ayant subi une mutilation. On peut donc rajouter les issues obstétricales et périnatales indésirables à la liste des effets néfastes immédiats et à long terme des mutilations sexuelles féminines. Ces informations sont importantes pour les communautés qui les pratiquent, que ce soit pour les femmes qui les ont subies ou pour les générations futures de femmes et de petites filles. La question des mutilations sexuelles féminines reste un problème pressant de droits de la personne et les données fiables que nous avons sur leurs effets néfastes, en particulier sur le plan du devenir obstétrical, devraient contribuer à l'abandon de ces pratiques.

Membres du groupe d'étude OMS sur la mutilation génitale féminine et les conséquences obstétricales

Groupe de rédaction : Emily Banks (National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University, ACT, Australie), Olav Meirik (Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Santiago, Chili ; et département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse), Tim Farley (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse), Oluwale Akande (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse et College of Medicine, University College Hospital, Ibadan, Nigéria), Heli Bathija (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse) et Mohamed Ali (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse).

Groupe d'orientation : Oluwale Akande, Mohamed Ali, Emily Banks, Heli Bathija, Amel Fahmy (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse), Tim Farley et Olav Meirik.

Centres et chercheurs principaux : Michel Akotonga (Maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo, Ouagadougou, Burkina Faso), Djibril Diallo (Clinique gynécologique et obstétricale, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal), Isseu Diop Touré (Bureau de l'OMS à Dakar, Sénégal), Guyo Jaldesa (Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Nairobi, Nairobi, Kenya), Joseph Karanja (Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Nairobi, Nairobi, Kenya), Kwasi Odoi-Agyarko (Rural Health Integrated, Bolgatanga, Ghana), Friday Okonofua (Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Benin Teaching Hospital, Benin City, Nigéria), Mairo Mandara (Department of Obstetrics and Gynaecology, National Hospital for Women and Children, Garki, Abuja, Nigeria) et Mohamed El Fadil Saad (Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, University of Khartoum, Khartoum, Sudan).

Plan et conception de l'étude : Emily Banks, Olav Meirik, Oluwale Akande, Efua Dorkenoo (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse et Foundation for Women's Health Research and Development, Londres, Royaume-Uni), Harry Gordon (Consultant pour l'African Clinic, Central Middlesex Hospital, Londres, Royaume-Uni), Hermione Lovel (Department of Health, Cambridge, Royaume-Uni), Clare McGettigan (Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Manchester, Manchester, Royaume-Uni) et Zeinab Mohamed (University of Manchester, Manchester, Royaume-Uni).

Coordination centrale de l'étude : Heli Bathija, Amel Fahmy, Oluwale Akande, Tim Farley.

Coordination des données : Mohamed Ali, Annie Chevrot (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse), Emilie Diagne (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse), Shereen Hasan (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse et ONUSIDA, Genève, Suisse) et Alexander Peregoudov (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse).

Analyse des données : Mohamed Ali, Emily Banks, Tim Farley.

Déclaration de conflit d'intérêts

Nous déclarons que nous n'avons pas de conflit d'intérêts.

Remerciements

Nous remercions les femmes qui ont pris part à cette étude, ainsi que le personnel des centres collaborateurs de l'étude sans qui le projet n'aurait pas pu être exécuté. Mark Clements (National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University, Australie) a donné des conseils en statistique et Adrian Goodill (Cancer Research UK Epidemiology Unit, Université d'Oxford, Royaume-Uni) a produit les chiffres. Cette étude a été financée par la Fondation des Nations Unies et l'appui technique a été apporté par Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, département Santé et recherche génésiques, OMS.

Références

- ¹ OMS. Les Mutilations sexuelles féminines : aperçu du problème. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1998.
- ² Hakim LY. Impact of female genital mutilation on maternal and neonatal outcomes during parturition. *E Afr Med J* 2001; 78:255–58.
- ³ Jones H, Diop N, Askew I, Kabore I. Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes. *Studies in Family Planning* 1999; 30:219–30.

- ⁴ Larsen U, Okonofua FE. Female circumcision and obstetric complications. *Int J Gynecol Obstet* 2002; 77:255–65.
- ⁵ De Silva S. Obstetric sequelae of female circumcision. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989; 32:233–40.
- ⁶ Shandall A. Circumcision and infibulation of females: a general consideration of the problem and a clinical study of the problem in Sudanese women. *Sudan Med J* 1967; 5:178–206.
- ⁷ Gulmezoglu A, Villar J, Ngoc N, et al. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet* 2001; 358:689–95.
- ⁸ OMS. Rapport sur la santé dans le monde : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2005.
- ⁹ Snow RC, Slanger TE, Okonofua FE, Oronsaye F, Wacker J. Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria: self-reported validity, social determinants and secular decline. *Trop Med Int Health* 2002; 7: 91–100.
- ¹⁰ UNICEF Innocenti Research Centre. Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting. Florence (Italie): UNICEF, 2005.
- ¹¹ Morison L, Scherf C, Ekpo G, et al. The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Trop Med Int Health* 2001; 6:643–53.

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Département Santé et recherche génésiques
Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27
Suisse
Télécopie : +41 22 791 4171
Courriel : reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductive-health

Les issues maternelles et néonatales lors de l'accouchement en Ile de France et en Afrique chez les femmes qui ont subi une mutilation sexuelle féminine

La fréquence et les complications des mutilations sexuelles féminines constituent un enjeu de santé publique mondial. Nous avons donc étudié l'impact du lieu d'accouchement sur l'issue maternelle et néonatale chez une femme mutilée. Nous avons réalisé une étude rétrospective ici-ailleurs entre la France et l'Afrique. Le lieu d'accouchement ne semble pas influencer sur les complications maternelles chez les femmes mutilées type I et II, les complications sont liées davantage à la sévérité de la mutilation. En France, les femmes mutilées bénéficient d'une prise en charge spécifique. Les nouveau-nés de femmes mutilées en Afrique, ont un sur-risque de mortalité par rapport à ceux qui naissent de femmes mutilées en France. En cas d'excision, il est nécessaire de réaliser une prise en charge médicale et psychosociale de ces patientes. Il faudrait réaliser une recherche de plus grande ampleur qui permettrait des conclusions plus sûres et d'éliminer les facteurs annexes.

Mots-clés : mutilations sexuelles, Circoncision féminine, accouchement, complications du travail et de l'accouchement, Afrique, France, gestion des soins aux patients

The maternal and neonatal outcomes during delivery in France and Africa with circumcised women

The prevalence and the complications of female genital mutilation constitute a worldly health problem. Our study evaluated the impact of place of delivery on maternal and neonatal outcomes with excised women. We led a here and there retrospective study between France and Africa. The place of delivery has no impact on maternal complications with circumcised women type I and II, instead the complications depend on the degree of the mutilation. In France, circumcised women have a specifically adapted management. The new born babies of circumcised women in Africa have a higher risk of perinatal mortality compared to the ones of excised women in France. In case of excision, it is important to realize a medical and psychosocial management of these patients. A big research needs to be done, in order to eliminate side factors and allow solids conclusions.

Keywords: Genital mutilation, female, circumcision, female, delivery, obstetric labor complications, management, midwife, France, Africa